



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

*RESONANCIAS Y REFLEXIONES SOBRE EL
DEVENIR DE UNA TERAPEUTA FAMILIAR*

REPORTE DE EXPERIENCIA

P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALMA VANESSA GUZMÁN DÍAZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY

COMITÉ TUTORIAL: DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

MTRA. PIEDAD DORA ALADRÓ LUBEL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Papá Manuel y Mamá Virginia,
por su ejemplo de amor a la vida.*

*A Mariana, mi compañera de
juego y aventuras.*

*A Manu, mi memoria hecha
de luna plateada.*

*A **Ed**, la brisa de este sueño,
la semilla que traspasa mi vientre,
germina mi alma en olas de emociones,
derrumba selvas de incertidumbre,
arrulla y besa cada uno de mis deseos.*

*Hay espacios que no existen,
yo habito uno contigo,
allí descanso todas las lunas,
juntito a tu pecho.*

Quiero agradecer infinitamente

Al CONACyT, por el apoyo económico que me permitió disfrutar de una formación de alto rendimiento y calidad, asimismo cumplir satisfactoriamente esta meta.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Psicología, por sus aulas abiertas y generosas que nuevamente me significaron un espacio de desarrollo profesional.

A la Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany, por toda su atención, comprensión, paciencia y tiempo. Gracias por el apoyo académico y emocional que siempre me brindo; por su lectura crítica y sugerencias que constantemente mejoraron el texto presente, igualmente en mi práctica clínica.

A la Dra. Luz María Rocha, por sus atinados comentarios, los cuales me mostraron nuevas brechas que dieron brillo, amplitud y elegancia al documento. Gracias por su disposición y apertura hacia mis condiciones actuales.

A la Mtra. Silvia Vite, por su apoyo, orientación y ánimo para que éste proyecto llegara a su conclusión. Muchas gracias.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo y la Mtra. Piedad Aladró, por su disposición, interés y comentarios hacia el enriquecimiento del presente trabajo.

A cada una de mis Maestras y Maestros de la Residencia en Terapia Familiar, aunque ahora en silencio, me llevo sus voces y miradas. En especial a la Mtra. Rosario Muñoz. Gracias por compartir su experiencia.

A las familias, parejas e individuos, cuyas historias me dejaron el aprendizaje de sus malestares (y de los míos), quienes expusieron sus emociones y problemas... sobre todo su esperanza de cambio.

A la Dra. Edna Gómez, por su escucha y su “estar-ahí”.

Por supuesto, agradezco el aprendizaje de organización y amistad, con cada una mis compañeras y compañeros del colectivo “Chante de Todos”.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	
1.1. Antecedentes de la Terapia Familiar	10
1.2. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar en México	
1.2.1. Características del campo psicosocial	12
1.2.2. Principales problemas que presentan las familias	17
1.2.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	23
1.3. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	
1.3.1. Descripción de los escenarios y análisis sistémico de los escenarios.	25
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico.	
2.1.1. Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	33
2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia Familia Sistémica y Posmoderna	
A. Modelo Estructural	43
B. Modelo Estratégico	49
C. Modelo de Terapia Breve	56
D. Modelo de Terapia Centrada en el Problema	59
E. Modelo de Terapia Centrada en Soluciones	62
F. Escuela de Milán	66
G. Terapia Narrativa	72
H. Equipo Reflexivo	77
I. Terapia Colaborativa	80
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas	86
3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	87

3.1.2. Análisis y discusión de las temáticas relacionadas con los casos expuestos	132
3.1.3. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las familias, y el Sistema Terapéutico Total	137
3.2. Habilidades de Investigación	
3.2.1. Tipos de violencia en relaciones simétricas y complementarias	144
3.2.2. Una aproximación a la construcción y transmisión del sentido de la muerte en familias mexicanas	155
3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria	
3.3.1. Productos tecnológicos.	
a. Tríptico informativo “Terapia Familiar ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Cuándo se sugiere”	168
b. Propuesta de Taller “Yo ¡Terapeuta! Iniciando conversaciones que nos construyen”	169
3.3.2. Intervención comunitaria. Taller “¡Pasa la voz! Convivencia sin violencia”	171
3.3.3. Reporte de la asistencia a foros	
a. Seminario “Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar”	177
b. Ponencia en el XI Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ser, Estar y Trascender en la Terapia Familiar”	178
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional	
3.4.1. Consideraciones éticas emergentes de la práctica profesional	179
IV. CONSIDERACIONES FINALES	
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	184
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	188
BIBLIOGRAFÍA	193
ANEXOS	202

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, hacer cambios y que sus efectos se concreten puede llevarnos un tiempo. De acuerdo con Limón-Arce (2005) mi “giro interpretativo” en la Psicología me tomó varios años. Comparto que en mis estudios de licenciatura no me decidí completamente a entregarme a la clínica, me contaba la historia sobre una pasión dividida entre ésta y la Psicología Social. Sin embargo, cuando tuve las condiciones para elegir una especialización, mi pasión se dirigió hacia la clínica, pensando inocentemente que “lo social” se quedaba aparte y pendiente.

Me parecía que era indispensable tener una formación seria y supervisada, antes de atender a las personas como pacientes. Si bien tuve acercamientos en la asesoría psicológica, no me atreví a llamarme terapeuta incluso hasta tiempo después de salir del posgrado. Ahora pienso que la clínica tiene un punto de partida, pero carece de uno de llegada; es una deconstrucción y construcción constante de los paradigmas personales, teóricos y prácticos. La clínica se hace con cada paciente, en cada sesión.

La elección de la Terapia Familiar estaba asociada con ciertos eventos de mi historia de vida, por ejemplo en las pautas de comunicación que predominaba en mi familia de origen, los temas que estaban permitidos hablar y de los que se guardaba silencio; las formas de expresión de los afectos, las historias dominantes sobre la construcción de mi identidad femenina y los complejos enganches en la elección de pareja, fueron algunos temas que emergieron en mis reflexiones.

Esto no estaba claramente definido al inicio, yo lo explicaba como una ventaja, una diferencia ante la psicoterapia individual, con niños o adultos, que permitía un trabajo con un grupo de personas y que en ese sentido tenía más impacto en lo social, nuevamente mi pasión se dejaba ver.

Más tarde me di cuenta que la Terapia Familiar no tenía que ver sólo con que el paciente fuese “una familia”, sino que tenía un fundamento más profundo, pues se trataba de un cambio de postura teórica radical. Implicaba un modelo novedoso sobre la comunicación humana, las redes de relaciones, las estructuras, las familias como organismos vivos, que cambiaban constantemente. El mundo se fue modificando ante mis ojos, pero sobre todo ante mi escucha de lo lineal a lo recursivo, emergió la idea de la imposibilidad de no comunicarme, de realizar

registros en lo digital y lo analógico al mismo tiempo; conceptos como “la locura”, “la enfermedad”, “el síntoma” comenzaron a dejar de residir sólo dentro de los sujetos y la observación fue ubicándose en la relación, en la construcción de significados, en la forma en que los sujetos se narran a sí mismos. Que hay varios niveles de observación y tantas visiones como sujetos que observan, de esta forma cada uno aporta en la construcción de realidades compartidas. Que la psicología es un asunto político.

Es por esto que elegí la Psicología Clínica, en especial la Terapia Familiar con enfoque sistémico y posmoderno. Aunque lo comprendo, volviendo a pensarme y observarme, después de dos años, desde la distancia del tiempo, espacio y experiencia en otros contextos, puedo escribir que mi entrada a la clínica fue y continúa siendo intensa, que me presenta retos, que he cometido muchos errores y también aciertos, lo que puedo llamar “éxitos”. Pero que implica un devenir, porque es una deconstrucción y construcción constante; por ejemplo cuando he pensado que voy dominando una técnica, que he mejorado mi “ojo clínico”, viene una persona, una familia, un “caso” que me recuerda que no soy experta y me devuelve la frescura de la curiosidad, de la irreverencia (Cecchin, Lane, & Ray, 2002); me recuerdo que tiendo a la rigidez, que hay que estar atenta a evitar “casarme” con una teoría, y que cada persona que me consulta es la experta en su propia historia, yo “no sé”.

En ese mismo sentido, este trabajo estará enfocado en el devenir del terapeuta, es decir, en las vicisitudes de esta profesión, que se regenera a ella misma, que se nutre de cada experiencia, pasada y presente, conteniendo una responsabilidad y un compromiso ético del trabajo con seres humanos, con todo lo que eso que llamamos “humano” puede significar.

En consecuencia, la estructura del Reporte está dividida en cuatro capítulos: en el primero presento una vista general a la Historia de la Terapia Familiar; asimismo ofrezco una fotografía de las características y problemáticas que enfrentan las familias en México, en igual forma argumento por qué la Terapia Familiar sistémica y posmoderna son las alternativas que brindan soluciones a las situaciones familiares actuales. Por último, realizo una descripción y análisis de los escenarios donde llevé a cabo la práctica clínica durante la Residencia.

En el segundo capítulo desarrollo el marco teórico epistemológico, seguidamente presento los modelos terapéuticos: sus antecedentes, los creadores, sus principios y técnicas. En el tercer capítulo se podrá observar mi desarrollo de competencias profesionales a través de la aplicación a dos casos clínicos de los modelos Estratégico, Estructural y Terapia Breve Centrada en

Soluciones, se podrá seguir el análisis y discusión sobre el concepto de “resonancia” en el sistema terapéutico total.

En la misma forma, en éste capítulo podrán revisar: la construcción de un instrumento que mide tipos de violencia en interacciones simétricas y complementarias; las observaciones de la investigación cualitativa sobre el significado de la muerte y las familias; un tríptico informativo sobre la Terapia Familiar; una propuesta de taller reflexivo para terapeutas en formación; y el taller comunitario de prevención de la violencia familiar. Por su parte, reporto la asistencia a foros y ponencia; para finalizar con mi postura sobre las consideraciones éticas que emergieron de mi experiencia profesional. En el cuarto y último apartado, reflexiono acerca de mi estancia en la Residencia, de los contenidos y aspectos que me fueron formando como una terapeuta; analizo ésta experiencia y concluyo compartiendo los aprendizajes más significativos durante ese tiempo.

CAPÍTULO I

Antecedentes y contexto de la Terapia Familiar

1.1. Antecedentes de la Terapia Familiar

Hace algunos años, recuerdo que la Historia era representada como una larga línea de tiempo sobre la cual se ubicaban, uno tras otro, los grandes acontecimientos desde la Prehistoria hasta el advenimiento de la Modernidad. Sin embargo, como mencioné anteriormente, una vez que comencé a “ver” con los lentes de la Terapia Familiar con enfoque sistémico, mi observación del mundo dio un giro hacia enfocar las interacciones; por ese motivo intentaré presentar el desarrollo del movimiento de Terapia Familiar como una red de relaciones entre los personajes fundamentales en esta historia.

Iniciaré con el teórico más importante, o por lo menos a quien es reconocido con mayor influencia: Gregory Bateson. Según algunos autores (Auerswald, 1986; Hoffman, 1981; Vargas, 2004), fue quien propuso una forma alternativa de observar el mundo, concretamente a la familia, es decir como un sistema abierto que a su vez se encontraba dentro de otros subsistemas, entre éstos se intercambiaba información que les mantenía vivos.

Sin embargo, el desarrollo de estas ideas en Bateson, tenía antecedentes en el planteamiento de los conceptos de otros investigadores, por una parte el planteamiento de la Cibernética, por Rosenblueth, Wiener y Bigelow en la década de los cuarenta, quienes proponían que los organismos vivos sobrevivían gracias a que contaban con un mecanismo de autorregulación (Vargas, 2004). Y por otro lado, con la propuesta de la Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy (1968), con el concepto de totalidad, que dictaba que el todo iba más allá de la suma de sus partes.

Bateson intercambió hallazgos e investigaciones en el marco de las Conferencias Macy, que en la década de los cuarenta y cincuenta fueron un escaparate para mostrar y debatir ideas y resultados de investigaciones, como lo fue el texto clásico “Hacia una teoría de la esquizofrenia” presentada en 1956, por Bateson a lado de Haley, Jackson y Weakland, donde planteaban el concepto del doble vínculo, en la comunicación entre madre e hijo, como la causa de la esquizofrenia en niños (Sánchez, 2000).

Para Haley (1989) la psicoterapia fue definida como una técnica que se desarrollaba en el seno de una relación interpersonal y que sólo era descrita cuando se enfocaba el estudio de la conducta en el marco de dicha relación. Por lo tanto, rechazaba la terminología psiquiátrica que describía los procesos internos o cuya existencia implicaba una suposición, este autor prefería definir la conducta observable en términos de las pautas de comunicación, de la teoría de

sistemas circulares. Estas diferencias en las posturas frente a los pacientes y su abordaje en la terapia representaban a sistemas teóricos muy distintos a los tradicionales, por ejemplo para considerar a una conducta como síntoma, debía implicar al menos a dos personas en interacción, además de caracterizarse porque las personas indicaran su imposibilidad de comportarse de formas alternativas y menos dañinas.

Precisamente, Haley en sus trabajos y enfoque terapéutico, destacó a otro personaje fundador del enfoque Sistémico: Milton Erickson, cuya contribución fue relevante en el desarrollo de técnicas terapéuticas, pues aunque no tenía un sistema estructurado, influyó sobre la forma de trabajar con los pacientes, centrando el rol del terapeuta en la búsqueda del cambio, más que en el problema (Vargas, 2004).

Pero otros personajes, principalmente clínicos, ya habían iniciado el trabajo con familias, también con miembros esquizofrénicos, uno de ellos fue Bowen, quien aportó el estudio de tres generaciones para la comprensión de los problemas en la organización de familias con este tipo de interacción; Wynne, que estudió la calidad emocional de las comunicaciones entre la familia con un miembro esquizofrénico, proponiendo los términos de “seudomutualidad”, “seudohostilidad” y “cerca de caucho” para describirlos; Ackerman fue conocido por sus intervenciones retadoras y porque fue de los primeros que llevó a todos los miembros de las familias a las sesiones; Whitaker, llamó a su terapia “de lo absurdo”, por sus peculiares intervenciones donde hacía gala de su ingenio a través del humor (Hoffman, 1981).

A la par de las propuestas anteriores, en Estados Unidos existían otros esfuerzos que proponían modelos definidos, como fue el caso de Minuchin con el Modelo Estructural, creado sobre el trabajo con familias en contextos de marginación; Watzlawick, Beavin y Jackson con su propuesta de la “Pragmática de la Comunicación Humana”, cuya sistematización partió de las primeras investigaciones con Bateson; y en Europa, Mara Selvini Palazzoli y colaboradores conformando la llamada Escuela de Milán, quienes aplicaron los descubrimientos sobre comunicación humana a sus intervenciones y que se les ha considerado como los puristas sistémicos (Sánchez, 2000).

En México, fue a finales de los sesentas cuando comenzó a desarrollarse la influencia de los autores arriba mencionados. Según Eguiluz (2004), la rápida aceptación de la Terapia Familiar se debió a que significaba una alternativa a los dos paradigmas dominantes en ese momento: el psicoanálisis y el conductismo. De esta forma, el Dr. Raymundo Macías, quien se había formado

en Canadá por Epstein, propuso la creación de una especialidad en Terapia Familiar, junto con Estrada y Derbez, en la Universidad Iberoamericana, que significó el antecedente de una serie de institutos que posteriormente serían el espacio de formación de los terapeutas familiares.

Eguiluz (op. cit.) y Sánchez (op. cit.) presentan un listado de todos los institutos que existen hasta el momento en el Distrito Federal y en otros estados de la República Mexicana. En el primer lugar destacan la aparición, en los setentas del Instituto de la Familia IFAC, fundado por el Dr. Macías; el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia ILEF, fundado por Ignacio Maldonado; y la Universidad de las Américas que ofrece la Maestría desde la década de los ochenta. Después de algunos años, egresados de estas escuelas abrirían sus propios centros de formación, acrecentando el número de egresados, poniendo énfasis en los diferentes modelos de terapia, pues los docentes contaban con formaciones diversas desde los modelos estructurales hasta los de aproximaciones socioconstruccionistas.

La institución que merece especial atención, es la Universidad Nacional Autónoma de México, donde la formación de terapeutas familiares se constituyó primero en formato de Diplomados, que se impartían en las tres sedes de la Licenciatura en Psicología: la Facultad en CU, y las FES Iztacala y Zaragoza. Más tarde, en el 2000, con la reforma en el reglamento de posgrados, se definió la Maestría en Psicología, con un área clínica cuyo formato se transformó en el de Residencia en Terapia Familiar, donde participaban dos de las escuelas: la Facultad CU y la FES Iztacala, dicha Residencia está considerada de alto rendimiento y requiere dedicación exclusiva (Eguiluz, op. cit.). Finalmente, éste fue un breve recorrido, en el que intenté tocar los acontecimientos sobresalientes, los personajes relevantes y las relaciones entre los protagonistas de la historia del movimiento teórico y clínico, conocido como Terapia Familiar.

1.2. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar en México

1.2.1. Características del campo psicosocial

Para iniciar un análisis del campo psicosocial y de las problemáticas de las familias en México, me pareció importante iniciar comprendiendo mi objeto de estudio, es decir, responder a la pregunta sobre ¿qué significa la familia? ¿cuál ha sido el desarrollo histórico de la familia?; en la actualidad ¿se puede hablar de “la familia”? o ¿es necesario reflexionar en torno a “formas de familias”?.

Para Eguiluz (2004) la familia es “un sistema abierto, constituido por unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo que influye y es influida por otras que forman el sistema”. Vicencio y Torres (2003) destacan que la familia surge a partir de la unión de un hombre y una mujer, que generan un vínculo iniciado por la atracción mutua y de un proyecto común, agregan los conceptos de redes de parentesco, y el compartir un lugar de residencia, aunque reconocen que en esta delimitación quedarían fuera algunos tipos de familias actuales.

Desde una perspectiva psicosocial, la familia es vista como un microambiente, responsable de lograr que su funcionamiento promueva el desarrollo, bienestar y un estilo de vida saludable para sus miembros; también se considera un contexto integrador de los sistemas biológico, psicosocial y ecológico; se considera una unidad psicosocial que está influida por factores socioculturales protectores y de riesgo, que la hace vulnerable a las crisis y a desarrollar patrones disfuncionales, aunque sí funciona en formas adecuadas puede considerarse un factor de protección; por último desde esta visión se acepta que no es posible asociar el adecuado funcionamiento con una modalidad particular de familia, sino reconocer la existencia de múltiples formas de familia (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Pichón Rivière (en Rodríguez, 2001) argumentó que las ciencias sociales estudian a la familia en tres niveles de análisis: 1) histórico antropológico que concibe a la familia como un sistema de relaciones interpersonales sometida a una multiplicidad de determinaciones: socioeconómicas, culturales, geográficas, ecológicas, políticas, etc., tiene la doble tarea de participar en el sistema productivo, así como en su función reproductora; 2) desde la psicología social, se estudia a la familia como estructura socializadora vehiculizadora de normas, valores y sistema social de representación, la familia aparece como mediadora entre el sujeto y la organización social; 3) un nivel que estudia a la familia en tanto matriz de relaciones, red de vínculos y sistema de interacción en el que los sujetos se encuentran recíprocamente.

En las definiciones y clasificaciones anteriores, podemos observar que destaca la interacción entre individuos y entre sistemas más amplios, que tienen influencia en ambos sentidos, es decir, la familia tiene efectos hacia fuera y es influida por los contextos en los que se encuentra insertada, teniendo consecuencias en cada uno de sus miembros de formas diferenciadas.

Históricamente, la familia ha mostrado cambios en su composición y dinámicas diversas entre sus miembros. De acuerdo con Rodríguez (2001), en la familia patriarcal no se negociaba el orden, los roles y las relaciones; por ejemplo, el poder de la madre se ubicaba en el hogar, en los vínculos afectivos con los hijos; mientras que el padre ostentaba el poder a través de lo económico. El proyecto familiar exigía sacrificios de ambos. Para Gergen (2006) esta familia tradicional estaba virtualmente definida en términos de su jerarquía y estructura de autoridad.

Para Gergen (op. cit.) la posmodernidad ha delineado una nueva forma de familia, que nombró “flotante” o “saturada”, ésta se caracteriza por una sensación de confusión y fronteras cambiantes, además del desvanecimiento de los ideales tradicionales. Por lo tanto, se presentan más conflictos, ante los cuales los miembros del sistema carecen de modelos para señalar qué es un acuerdo o un desacuerdo, esta situación complejiza las relaciones y parece abrir la posibilidad de una gama amplia de soluciones ante las problemáticas de las familias.

Rodríguez (2001), se planteó la cuestión sobre la familia posmoderna, respecto a ¿cuáles han sido los valores que la sostienen? Este autor parece no considerar una innovación en cuanto a esta forma de familia, opina que los principios de la familia en este contexto se fundamentan en el derrumbamiento de la legitimidad patriarcal. Además, afirma que en la posmodernidad las parejas establecen varias relaciones en monogamia, en el sentido de que las parejas se unen y tienen hijos, pero por diversos motivos se separan, después de un tiempo constituyen otras parejas, esto puede suceder en varias ocasiones.

En cuanto a los roles de los padres en la familia posmoderna, existen opiniones diversas, por ejemplo para Rodríguez (op. cit.) se vislumbra un renacer de la paternidad, con un padre próximo, que muestra evidencias de estar vinculado emocionalmente con los hijos que participa de las preocupaciones de los hijos y que disfruta con ello. Que trabaja menos para "invertir" tiempo en su familia. Pero Gergen (op. cit.) argumenta que en la cultura de la saturación los padres viven sólo una realidad entre muchas, tienen sus relaciones hacia fuera del hogar, del mismo modo que sus hijos, y con frecuencia están lejos, no parecen "entender" el mundo de sus hijos y en la dispersión de influencia general, los padres pierden su posición de autoridad.

Los ideales de la familia posmoderna, de acuerdo con Gergen (op. cit.), implican una organización que se construye de forma democrática, es decir, todos los miembros de la familia participan en la toma de decisiones, en una situación de igualdad; cada persona muestra disposición para trabajar en la construcción de relaciones personales, que se daban por hecho en

la familia tradicional; se reflexiona sobre el significado de la familia, pues se piensa sobre qué es lo que tiene que hacer cada miembro para preservarla; existe apoyo emocional, que implica una sensación de contención frente a otros contextos, de acuerdo a las necesidades de las personas en un mundo saturado, la familia se convierte en un contexto donde pueden mostrarse muchos “si mismos” en libertad, seguridad y aceptación.

Por lo tanto, en las últimas décadas se habla de modelos familiares (Rodríguez, op. cit.) pues se muestran variadas formas de convivencia, que incluyen a parejas compuestas por hombres y mujeres que se consideran en igualdad de condiciones, en una relación en donde cada uno posee proyectos independientes, los cuales requieren de la negociación para que pueda construirse un vínculo con base en el enriquecimiento de las vidas de ambos, evitando anular el proyecto personal de alguno de los miembros de la pareja.

Algunas explicaciones sobre cómo han sido posibles estas transformaciones en las familias, están asociadas con cambios económicos y socio demográficos, por ejemplo en países desarrollados que se caracterizan por: mayor expectativa de vida, disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil, aumento de niveles de educación y mayor participación de la mujer en el ámbito laboral, aumento del ingreso familiar; se han observado efectos en el tamaño y duración de las familias (Vicencio y Torres, 2003). Otras nuevas estructuras familiares que se pueden observar son las familias monoparentales, reconstituidas, adoptivas, homoparentales, recurrentes a las técnicas de reproducción asistida, de múltiples partos (Arranz, Oliva, Martín, & Parra, 2010).

En otra realidad, América Latina muestra que la crisis de la familia patriarcal ocurrió en un contexto del aumento de las crisis matrimoniales, la disolución de las parejas por divorcio o separación, el retraso en la formación de parejas y de la vida en común, pero sin matrimonio, la variedad de estructuras de familias, el nacimiento de niños fuera del matrimonio, y las mujeres limitando el número de hijos que tendrían (Arraigada & Aranda, sin año).

Quilodrán (2000) concluyó que en México parecen coexistir pautas de comportamiento en las parejas, que corresponden a un modelo de transición demográfica clásica, es decir, niveles bajos de mortalidad y fecundidad, al mismo tiempo que hay una elevación de la tasa de matrimonios únicamente civiles y de uniones libres, sin embargo, no se descarta la existencia de grupos en los que persisten tasas de mortalidad y fecundidad alta.

La siguiente tabla muestra algunos indicadores demográficos de nuestro país entre los años 2000 y 2011, que nos ayudan a comprender las características generales de la población en México.

Tabla 1. Indicadores de demografía y población en México entre 2000 y 2011.

Indicador	Unidad de medida	Año	Valor
Población total a	Miles de habitantes	2005	103 263
Tiempo de duplicación a	Años	2005	69
Tasa de crecimiento media anual a	Por ciento	2005	1.0
Relación hombres - mujeres a	Hombres por cada 100 mujeres	2005	95
Relación de dependencia a	Población en edad dependiente por cada 100 personas en edad productiva	2005	66
Edad mediana a	Años	2005	24
Densidad de población b	Habitantes por km2	2000	50
Población urbana a	Por ciento	2005	76.5
Tasa bruta de natalidad c	Nacidos vivos por cada 1 000 habitantes	2011	17.5
Tasa global de fecundidad c	Hijos por mujer de 15 a 49 años	2011	2.0
Promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 12 y más años a	Hijos	2005	2.5
Índice de sobremortalidad masculina d	Defunciones masculinas por cada 100 femeninas	2009	127.3
Tasa bruta de mortalidad c	Defunciones por cada 1 000 habitantes	2011	5.0
Tasa de mortalidad infantil c	Defunciones de menores de un año de edad por cada 1 000 nacidos vivos	2011	13.7
Tasa de mortalidad fetal d	Defunciones fetales por cada 1 000 nacidos vivos	2008	8.8
Muertes violentas con respecto al total de defunciones d	Por ciento	2009	11.9
Esperanza de vida c	Años	2011	76
Tasa bruta de nupcialidad e	Matrimonios por cada 1 000 habitantes	2008	5.5
Relación divorcios-matrimonios e	Divorcios por cada 100 matrimonios	2008	13.9

Fuente: INEGI. a) II Conteo de Población y Vivienda, 2005; b) XII Censo General de Población y Vivienda, 2000; c) CONAPO, Indicadores demográficos básicos 1990-2030; d) Estadísticas de Mortalidad; e) Estadísticas de Nupcialidad. Tomado de www.inegi.org.mx

En la tabla 1 podemos observar que en México hay 17.5 nacimientos por cada 1000 habitantes; las mujeres entre 15 y 49 años tienen 2 hijos; mueren más hombres que mujeres; las muertes por violencia significan el 11.9% del total de defunciones; la esperanza de vida es de 76 años; hasta 2008, se registraban 5.5 matrimonios por cada 1000 habitantes, y se llevaban a cabo 13.9 divorcios por cada 100 matrimonios.

En el 2000, en una distribución por sexo, se registraron más hombres solteros que mujeres; también son los hombres los que se casan en mayor proporción, pero son las mujeres quienes reportaron una mayor tasa de divorcios. Para el mismo conteo, por la categoría de edad, el índice más alto de personas casadas se ubicaba entre los 30 a 49 años, las uniones libres entre los 20 a

29, y los divorcios y separaciones entre los 30 a 59 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2009).

1.2.2. Principales problemas que presentan las familias

De acuerdo con Quilodrán (2000), a nivel mundial se generó una segunda revolución demográfica que presentaba características como: la postergación del matrimonio, el incremento de la población que vive sola, aumento de las uniones libres, la prolongación del periodo de residencia de los hijos en casa de los padres, incremento de procreación fuera del matrimonio, aumento de los divorcios y separaciones, asimismo se elevó el índice de las nuevas nupcias.

En referencia a la clasificación del apartado anterior sobre las características socio demográficas en México, la familia mostró efectos en su estructura y organización debido a los cambios en el sistema social; en efecto, la segunda revolución demográfica enfrente las familias en nuestro país hacia temas como: la monoparentalidad, la homoparentalidad, el envejecimiento de la población, la infidelidad, el divorcio, la violencia, las adicciones, los trastornos mentales y la pobreza.

Por ejemplo Landero, Estrada y González (2009) realizaron un estudio en el que analizaron las diferencias entre 140 mujeres, del área metropolitana de Monterrey, cuyas familias estaban clasificadas en monoparentales (un padre) versus las de familias nucleares (dos padres), respecto a la percepción de su calidad de vida, presencia de depresión e ingreso familiar. Los resultados mostraron que las mujeres de familias monoparentales tenían un menor puntaje en la calidad de vida, un menor ingreso y mayor depresión que las mujeres del grupo de familia nuclear.

En lo tocante a las familias homoparentales¹, o aquellas formadas por dos mujeres o dos hombres que adoptan un hijo (Arranz, Oliva, Martín, & Parra, 2010), en México se observó su existencia de facto, como se puede constatar en las historias de parejas de hombres y mujeres cuyos hijos fueron acogidos por abandono o muerte de un pariente, o mediante técnicas de reproducción asistida y/o la subrogación de un útero; asimismo son hijos de la unión heterosexual de uno de los miembros de la pareja; finalmente por la coparentalidad, es decir, cuando gays y lesbianas acordaron procrear y compartir la crianza (Cinco maneras de formar una familia homoparental, 2010).

¹ De acuerdo con Quintero (2006) el término “familia homoparental”, es un término validado y definido en el “Diccionario Especializado en Familia y Género” realizado en Colombia.

Sin embargo, la adopción formal de los hijos e hijas de estas parejas fue posible en la Ciudad de México, con la legalización de los matrimonios homosexuales en 2009, debido a eso comenzaron los procesos de adopción como se puede comprobar con la formación la tercera familia homoparental reportada en febrero del año en curso (Cruz, 2012). En América Latina únicamente Argentina en 2010, ha reconocido el matrimonio homosexual a nivel nacional. En referencia a las dificultades que presentan las familias homoparentales ya constituidas, el principal problema reportado fue la discriminación de los padres o madres en las instituciones gubernamentales al momento de promover la adopción; de igual manera en las niñas o niños en el contexto escolar (Papá, Papá e hijas. La realidad de las familias homoparentales., 2010)

Con referencia al envejecimiento de la población Montes de Oca y Hebrero (2006), propusieron que con el aumento de la esperanza de vida, la familia presentó ciclos avanzados. Las autoras documentaron algunos efectos socio demográficos para México, como se pudo constatar en un aumento de adultos mayores viviendo de forma independiente (20%), igualmente un porcentaje significativo (30.6%) de adultos viviendo con hijos y corresidentes, es decir, con nueras, nietos y otras personas, pues se observó que los hijos salen del hogar, pero regresaron como consecuencia de los problemas económicos que dificultaron su autonomía financiera.

Asimismo, Montes de Oca y Hebrero (2006) mostraron que eventos cruciales del ciclo de vida familiar como la jubilación, la enfermedad y la viudez, tuvieron efectos en la salud emocional de los adultos mayores. Por ejemplo, los hombres presentaron estados depresivos frente al término de su vida productiva y su rol de proveedores; mujeres y hombres transitaban por duelos importantes ante la muerte de sus parejas; las mujeres permanecieron sin pareja e integrarse con la familia de uno de sus hijos, mientras que los hombres tendieron a unirse con una nueva pareja; por su parte, la enfermedad movilizaba a toda la estructura familiar, aunque eran las esposas e hijas a quienes, con mayor frecuencia, se identificaron con el rol de cuidadoras. Por último, en la vejez las redes sociales se fueron debilitando puesto que los amigos y familiares fallecieron, las relaciones con los más jóvenes se tornaron difíciles.

Por su parte, sobre el tema de la infidelidad, Romero-Palencia, Cruz del Castillo y Díaz-Loving (2008), encontraron que los factores que predijeron el involucramiento de los hombres en una infidelidad sexual fueron: el beneficio en la relación con una tercera persona, y si le complementaba y no ponía en riesgo la relación primaria. No obstante, los motivos para una infidelidad emocional en los varones se relacionó con temas factores como la insatisfacción en la

relación primaria, una orientación sexual abierta y liberal dirigida a la búsqueda de placer y variedad.

Asimismo, en el estudio previamente citado, las mujeres presentaron los factores que predijeron la infidelidad emocional, estos fueron: la práctica de variantes sexuales, personalidad con rasgos como poco amorosa, seductora, romántica, tierna y “casable”; presentar un concepto positivo de la infidelidad y, por último motivación personal para la infidelidad. En la misma forma, los factores que predijeron la infidelidad sexual fueron: la percepción de beneficios en la relación con un tercero, la valoración positiva de la infidelidad, la búsqueda de variantes sexuales y un mayor número de parejas (Romero-Palencia, Cruz del Castillo, & Díaz-Loving, 2008).

En la misma forma, el tema del divorcio en las parejas representó una problemática para las familias; por ejemplo Ramos (2007) realizó una investigación con mujeres, abogados y jueces en el estado de Jalisco, reportó que el divorcio por mutuo consentimiento es el más frecuente puesto que implica menores costos en tiempo y dinero. En dicha investigación se encontró que en su mayoría eran mujeres quienes presentaban la queja e iniciaban el proceso de divorcio, al mismo tiempo eran las que perdían sus propiedades y derechos al momento de realizar los convenios, como se pudo observar en el contenido de los arreglos de la pensión alimenticia, la custodia de los hijos y la repartición de bienes. El autor concluyó que son las mujeres y los hijos menores, quienes presentaron mayores pérdidas con respecto a las de los hombres en el proceso de la separación legal.

Además de las situaciones mencionadas, la familia se enfrentó a problemáticas como la violencia, que ocupa un lugar central, como se puede ver con las agresiones dirigidas hacia los niños o niñas, por maltrato infantil; a las mujeres, en las relaciones de noviazgo o de pareja; las personas con capacidades diferentes y los adultos mayores. Mientras que los agresores son identificados como adultos, hombres y mujeres con posiciones de poder dentro del sistema, por ejemplo, las madres o los esposos, o quienes proveen los recursos económicos que sostienen a la familia (Programa Nacional de Salud 2007-2012, 2008; Informe Nacional de Violencia y Salud, 2006).

Con respecto a la violencia de género en México se encontró que 6 de cada 10 mujeres ha sufrido violencia al menos una ocasión en su vida; 3 de cada 7 sufrió violencia de pareja, y una de ellas fue en el último año. Las mujeres padecen depresión unipolar mayor y este trastorno apareció asociado con la violencia de género. Un dato inquietante fue que sólo se detecta el 5%

de las mujeres que viven en situación de violencia y de ellas el 1.5% se atendió en algún servicio especializado (Programa Nacional de Salud 2007-2012, 2008).

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Violencia en el Noviazgo (Instituto Mexicano de la Juventud, 2007), el 15% de los y las jóvenes, entre 15 y 24 años respondieron que, al menos en una ocasión, habían experimentado violencia física en sus relaciones. De ese 15% sólo el 33% pidió ayuda dirigiéndose a sus amigos; con respecto al sexo de los encuestados los hombres (66%) pidieron ayuda con más frecuencia que las mujeres (34%). En general, en la consulta se reportaron antecedentes de historial de violencia familiar, las y los jóvenes habían sido testigos o víctimas de dicha violencia.

En el caso del maltrato infantil, en 2002 se dio seguimiento sólo a 3,344 de los casos denunciados, que representaron el 14% del total, en los cuales los principales maltratadores eran primero la madre y en seguida el padre. Los maltratos eran dirigidos a niños y niñas casi en la misma proporción; el tipo de maltrato fue físico 32%, abandono 23%, omisión de cuidados 20%, abuso sexual 13%, emocional 6%, explotación laboral 5%, negligencia 1% y explotación sexual comercial 0.3% (Informe Nacional de Violencia y Salud, 2006).

La violencia entre pares, o el llamado bullying, del que la Secretaría de Educación del D.F., realizó un Estudio Exploratorio sobre maltrato e intimidación entre compañeros y compañeras, se observó que un porcentaje del 77% de los estudiantes eran víctimas, agresores y testigos de violencia, y el 92% habían estado frente al fenómeno del bullying (Programa Escuelas Sin Violencia, 2009).

Las adicciones fueron otra problemática que enfrentan las familias, de acuerdo con Villatoro-Velázquez, y otros (1996) las edades en las que se ubicaron a los consumidores fueron entre los 12 y 34 años, el consumo en el nivel de bachillerato tuvo la mayor frecuencia, fueron los varones los que generaron más dependencia a sustancias, que las mujeres.

Las sustancias que se consumieron con mayor frecuencia fueron la cocaína, marihuana y los inhalables; según datos de Medina-Mora y Rojas (2003) las mujeres se incorporaron al consumo de drogas después que los hombres, pero una vez que iniciaron lo hicieron en un porcentaje semejante al de los hombres; además, a las mujeres que vivían en la calle se les ofrecía el consumo con mayor frecuencia que las que vivían en un hogar.

En el caso del alcohol, fue consumido por el 30% de la población con mayores ingresos, quienes ingirieron el 53% de la producción. Los estudiantes que con ingresos consumen

principalmente cocaína, mientras que los que no tienen un ingreso, se estimularon con inhalables. En 2002, aumentó el índice de consumo de alcohol en adolescentes, del 18 al 25%; en un estudio que relaciona las variables de edad y sexo, se encontró que las mujeres beben más entre los 18 y 29 años, mientras que los hombres entre los 30 y 39 años (Medina-Mora & Rojas, 2003). Los problemas que generaron las adicciones fueron: violencia intrafamiliar, abuso sexual, incesto, separación de la pareja, dificultades económicas, desempleo, incapacidades de salud y estrés (Villatoro-Velázquez, y otros, 1996).

La problemática de la salud mental en México fue un caso delicado, ya que se le otorgó un 0.85% del presupuesto del rubro de Salud, cuando lo que la OMS sugiere es el 10% del presupuesto total a la salud mental (Medina-Mora, 2001). Esta cifra toma relevancia cuando se considera que una de cada cinco personas presentó al menos un trastorno mental en su vida (Olaiz, Rico, & Del Río, 2003), lo que significó una quinta parte de la población mexicana ha requerido atención especializada.

La misma encuesta refirió que las mujeres presentan, con mayor frecuencia los siguientes trastornos: fobias específicas, trastornos de conducta, dependencia al alcohol, fobia social, y episodio depresivo mayor; para los hombres la distribución fue de la siguiente forma: dependencia al alcohol, trastornos de conducta y el abuso de alcohol sin dependencia.

Cabe agregar que la posibilidad de la depresión femenina, de acuerdo con Guevara (2005, en Instituto Nacional de las Mujeres, 2009), aumentaba si la mujer se encontraba entre los 25 y 40 años, si estaba casada y si se dedicaba al hogar; en oposición a la mujer que presentó pocas tensiones conyugales, poseía independencia económica y redes sociales, cuya probabilidad de mostrar depresión disminuía. Otros factores de tipo orgánico fueron padecer hipoglucemia, o transitar por etapas de postparto y menopausia.

Ahora bien, el duelo y la depresión en hombres fue explorado por Fleiz, Ito, Medina-Mora, y Ramos (2008), quienes analizaron las narraciones de los malestares de cuatro hombres, entre 30 y 40 años, residentes de la Ciudad de México, quienes habían experimentado una pérdida emocionalmente significativa; por ejemplo de la pareja, el fracaso de un proyecto o trabajo, la pérdida de un poder reproductivo o capacidad intelectual. Los hallazgos indicaron que los varones mostraban repercusiones en la salud mental, la identidad de género y en aspectos como la sexualidad, el cuerpo, el poder (representado en la posesión de dinero) y el rol de proveedor económico.

De igual manera, un elemento que complejizó la situación de las familias en México fue la pobreza. Hasta 2006 se reportaban 14.4 millones de personas con pobreza alimentaria (Segundo Informe de Gobierno, 2008), de los cuales no estaban identificados cuántas eran mujeres y cuántos hombres. Empero lo que si se desagregó por entidad federativa, fueron los niveles de pobreza por ingreso y rezago social, en los cuales Chiapas, Guerrero y Oaxaca encabezaron ambos listados.

Las cifras se recrudecen cuando en el mismo informe se reportó que para educación se ha gastado el 6.3% del PIB, teniendo un promedio de 8.5 grados de educación, que sería el equivalente todavía a la educación básica; y un 7.7% de analfabetismo. Para estos rubros son pocos los datos y las acciones que aparecen desglosadas por género, por lo que se desconoce cómo es la desigualdad entre hombres y mujeres para este tema; los datos sólo mostraron, de forma global, el número de becas otorgadas a niñas, principalmente en zonas rurales y para la educación básica; también se mencionan apoyos económicos para madres jóvenes y jóvenes embarazadas.

Sin embargo, el Informe sobre Desarrollo Humano en México 2006-2007 (2007) reportó desigualdades en el índice de desarrollo humano para hombres y mujeres, que se diferencian entre Estados de la República, por ejemplo el desarrollo es semejante entre el Distrito Federal y Hong Kong, mientras que Chiapas el nivel es comparable al de El Salvador.

Parafraseando a Arie Hoekman, representante de la UNFPA (Consejo Nacional de Población, 2007 en prensa), una de las metas para los Estados, será generar políticas públicas que rompan con el ciclo de pobreza, en mejorar la calidad de la educación, mejorar los empleos y ofrecer servicios de salud, sexual y reproductiva; es decir, garantizar una vida digna para el desarrollo de las personas, en especial los jóvenes, y que éstos puedan tomar sus decisiones en cuanto al matrimonio y la formación de su familia.

En 2004, en el marco del Décimo aniversario del Año Internacional de la Familia, la ONU instó a los Estados Miembros a evaluar, adoptar y garantizar medidas en sus políticas públicas que den atención a las necesidades de las familias y que apoyen el desarrollo y salud de cada uno de las personas que las componen; pues se reconoció que las familias tienen incidencia directa en la prevención del maltrato de los niños, el descuido, la violencia conyugal y doméstica, el abuso de alcohol y otras sustancias, el abandono de las personas mayores y con discapacidades y en las separaciones por migración (Organización de las Naciones Unidas, 2004).

1.2.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Diversas investigaciones (Bolet, 2000; Antona, Madrid y Aláez, 2003; Weinreich y Hidalgo, 2004; Landero y Villareal, 2007) han señalado a la familia como una variable fundamental en la prevención de riesgos como adicciones, violencia, embarazos no planeados, trastornos alimentarios, infecciones de transmisión sexual, sobre todo para los más jóvenes. Una familia que logra un nivel de funcionalidad adecuado en cuanto al grado de cohesión, la flexibilidad y la calidad de la comunicación entre los miembros, puede lograr prevenir el surgimiento de problemas de salud física y mental entre sus integrantes, especialmente en los jóvenes. Pero las familias con problemas en el subsistema conyugal o con alta disfuncionalidad son más vulnerables ante los factores de riesgo (Weinreich y Hidalgo, 2004).

Por ejemplo, Landero y Villarreal (2007), investigaron sobre el consumo de alcohol en jóvenes, encontraron que los estilos parentales de socialización que apoyaban y se mostraban afectivos desarrollaban autoconfianza, alta autoestima y capacidad de autocontrol, versus los estilos parentales coercitivos o que reprobaban la conducta de sus hijos. La autoestima fortalecida parecía proteger a los jóvenes ante la presión grupal que suele ejercerse sobre ellos, al inicio del consumo de esta sustancia.

La Terapia Familiar, como una modalidad de atención, que se enfoca en el análisis de la red de relaciones, y sus significados, de los sistemas familiares toma relevancia como una alternativa de atención para las personas que buscan soluciones a sus conflictos. Pero ¿cómo es que la Terapia Familiar sistémica y construccionista social ha planteado ayudar a resolver las problemáticas de estas familias?

Keeney (1991), define la a la Terapia Familiar como “aquellos enfoques de los problemas humanos más estrechamente conectados con un examen formal de los sistemas humanos” (p.19). Desde esta perspectiva, el terapeuta abordará las problemáticas de las familias evitando poner a algún miembro de la familia como “el problema”, “el síntoma” o “el chivo expiatorio”; en cambio se enfocará en encontrar las pautas de relación entre los miembros de la familia, que hacen posible que el problema sea mantenido hasta el momento. Por ejemplo, explorará las formas de comunicación, de resolución de conflictos, de roles, jerarquías, los límites generacionales y de género entre los miembros de la familia que se atiende, así como de dicho

sistema con otros más amplios como el escolar, comunitario, religioso, con los que la familia tiene relación.

Entonces, una visión sistémica se enfocará en la información que se recopila, en introducir otro tipo de formas de comunicación directas y claras, en promover nuevas formas de relación entre la pareja, padres, madres e hijos(as), cuestionar la realidad y la estructura familiar, que tiendan a la flexibilidad, así como buscar estrategias que tengan incidencia en la estabilidad, que generen crisis que lleven a cambios que beneficien al sistema.

Desde una visión socioconstruccionista, en la cual se considera que las personas son potencialmente narradores de sí mismos, Sluzki (1994) señala que el propósito fundamental de la terapia es favorecer que las personas sean agentes activos en la transformación de la naturaleza y contenidos de sus historias. En la misma perspectiva, Limón-Arce (2005) define la psicoterapia como una práctica para ayudar a personas que buscan ayuda, agrega que esta condición de que sea el Otro quien pide ser atendido, aleja al psicoterapeuta de la tentación de mostrarse como el experto o quien tiene un lugar de poder, para tomar decisiones sobre otros.

En la Terapia Familiar construccionista social, la intervención será desde los discursos de cada uno de los miembros de la familia, cuestionando las historias dominantes y enfocados en introducir preguntas que generen la reflexión, por ejemplo acerca de temas como la disciplina, las adicciones, la sexualidad, la violencia, las cuestiones del poder en las parejas, y hacia las mujeres, niños(as), adultos mayores o discapacitados.

Las propuestas de intervención desde esta visión estarán enfocadas a la transformación en las historias que las familias se han contado a ellas mismas; (Sluzki, 1994), plantea que se pueden realizar intervenciones en diferentes ejes: tiempo, espacio, causalidad e interacción. Por ejemplo, el terapeuta puede enfocarse en cuestionar el tiempo en que la familia narra su historia, llevándola a hacer una descripción del contexto, agregar un guión a lo que dice la familia sobre el problema, se pueden explorar las pautas de interacción, visibilizar las etiquetas de los individuos, como parte de los roles de los cuales son partícipes en cada relación, dentro y fuera del grupo familiar. La postura del terapeuta es de un asesor o facilitador que promueve que los miembros de la familia se construyan como agentes capaces y responsables de la historia que han narrado.

De forma general, he descrito cómo es que la Terapia Familiar, el enfoque sistémico y socioconstruccionista, es un instrumento especializado para intervenir en las problemáticas de familias con conflictos como los que se han descrito en los apartados anteriores. Los capítulos

que siguen expondrán la epistemología de cada uno de estos enfoques, así como los diferentes modelos de intervención que se han desarrollado a partir de estas formas de comprender y explicar nuestro objeto de estudio: las familias.

1.3 Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

En este apartado se presentarán los escenarios en los que se trabajó durante la estancia en la Residencia de Terapia Familiar, los cuales dependen de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología, excepto el Centro Comunitario San Lorenzo, que forma parte de una Fundación, y el Hospital Psiquiátrico Infantil, que está adscrito a la Secretaría de Salud; por lo tanto, se describirá cada uno de ellos retomando su historia, organización, y por último se expondrá la forma de trabajo en la cual se desarrollaron las actividades a lo largo de la Residencia.

1.3.1. Descripción y análisis sistémico de los escenarios

Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Descripción. Inició sus servicios en el año de 1981 con el objetivo de apoyar y favorecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de la licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se encuentra ubicado en el Sótano del edificio “D” de la Facultad de Psicología.

Físicamente el espacio está compuesto por doce cubículos para atención individual, cuatro cámaras de observación, dos cubículos para terapeutas, dos oficinas administrativas (coordinación del centro y de pacientes), área de recepción, sala de espera, cocina, cuarto de intendencia y sanitarios. El espacio destinado para la atención a familias son las cámaras de observación divididas por un espejo unidireccional. Estas cámaras cuentan con un circuito de televisión cerrado (audio y video), sillones, sillas y mesas.

La **organización** del Centro consistía en una Jefatura, personal administrativo, supervisores, alumnos de posgrado que pertenecían a las residencias del área clínica, y alumnos que realizaban servicio social o prácticas. Los pacientes, generalmente alumnos o trabajadores de la UNAM, solicitaban una cita, y luego realizaban una ruta de atención que implicaba: 1) pre consulta, 2) evaluación, 3) referencia o canalización que podía ser hacia: i) servicio de

prevención primaria como talleres de habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil, habilidades parentales; ii) tratamiento presencial de tipo individual, pareja, familiar o grupal; a distancia vía internet o realidad virtual.

La forma **de trabajo clínico** en el Centro de Servicios Psicológicos, para la Residencia de Terapia Familiar, era que la Jefa del Centro, a partir de los resultados de la etapa de evaluación, asignaba los casos que solicitaban, o se consideraban viables para, la intervención con el sistema familiar o con la pareja. Los residentes revisábamos el expediente y contactábamos a la familia para acordar una cita. Se llevaba un control del expediente por parte del terapeuta responsable del caso, así como un seguimiento de asistencia y pagos a través de un carnet, por parte de la administración del Centro.

El encuadre de la terapia familiar incluyó sesiones de una hora, quincenales o mensuales, que se realizaban en una cámara de Gessel, que eran video grabadas, previo conocimiento y consentimiento de los pacientes. Se contaba con un equipo terapéutico, formado por un supervisor y los miembros del grupo de la Residencia, quienes observaban la sesión, dependiendo del Modelo que se estuviese trabajando, podían realizarse pausas para consultar al equipo o incluso algunos miembros intervenían directamente durante las sesiones, de forma presencial o a través del interfon; las supervisiones eran en vivo, y se llevaron a cabo en los diferentes modelos como el Estructural, Estratégico, Breve, Centrado en Soluciones, Milán, Narrativo y Colaborativo; cada uno a cargo de distintos profesores y profesoras adscritos al cuerpo docente de la Residencia.

Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”

Descripción. El Centro tiene más de 25 años de existencia, en los cuales los alumnos de la Facultad de Psicología han tenido la oportunidad de desarrollar sus habilidades profesionales en escenarios reales, y con el respaldo de profesores y profesoras, especialistas en distintas temáticas, quienes supervisan la práctica clínica de los alumnos. Éstos aportan su trabajo en las modalidades de servicio social, formación en la práctica, prácticas profesionales, tesis y a través de las Residencias.

Los objetivos del centro están dirigidos a la profesionalización de los estudiantes, al integrarlos en algunos de los programas que se ofrecen, los cuales buscan crear puentes entre la teoría, la práctica y el ejercicio profesional. En cuanto a la comunidad, que principalmente es la Colonia Ruíz Cortines y otras que colindan con ella, se ofrece un servicio desde una perspectiva

psicosocial, con programas de prevención a través de talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y cine-debate; así como de intervención, como tratamientos individuales, familiares y grupales.

La **organización** del centro implica los programas diseñados a partir de problemáticas de la comunidad, en la que se atiende a niños, adolescentes, adultos. En la promoción de la salud se ofrece: escuela para padres, desarrollo psicosocial, hábitos alimentarios, familia y salud mental, habilidades para la vida, fortalecimiento de redes comunitarias. Se abordan temáticas como: género, violencia, adicciones, satisfacción marital, problemas escolares. En cuanto al servicio terapéutico se cuenta con terapeutas con orientación: humanista, psicodinámico, gestalt, cognitivo-conductual y sistémico.

El **trabajo clínico** se organiza a través de citas, que se atendían previo registro o solicitud del servicio, se llevaba una lista de espera, y los pacientes definían el tipo de servicio que requerían y a partir de esa demanda se asignaba a algún programa, de los mencionados más arriba.

En el caso de la Terapia Familiar, en la primera sesión se hacía cargo una pareja de terapeutas, los cuales contaban con un equipo terapéutico y supervisión en vivo, a cargo de la Dra. Noemí Díaz Marroquín, a través de un circuito cerrado. Las sesiones eran quincenales con la duración de una hora. El enfoque fue sistémico y dependía de qué modelo se estaba supervisando, en las prácticas se utilizaron principalmente el modelo Estructural, Estratégico y Breve.

Centro Comunitario de Atención Psicológica (CCAP) “Los Volcanes”

Descripción. Fue inaugurado el 26 de noviembre del 2004, como parte de un convenio establecido por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A. C., a raíz del interés de este último por los problemas que rodean a su comunidad y la preocupación por el desarrollo de sus diversos grupos sociales.

Las condiciones del CCAP, el alto nivel de marginalidad de la zona, así como la elevada prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, lo constituyen como un escenario que permite acercar las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad de Psicología, a las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, mediante cambios efectivos a nivel personal, familiar y social, a través del trabajo clínico desarrollado en el Centro,

con el apoyo de los prestadores de servicio social y de los estudiantes del posgrado, en esta comunidad.

La **organización** del CCAP, estaba encabezada por la Mtra. Asunción Valenzuela, quien trabajaba en conjunto con un equipo de profesoras de la Facultad, quienes fungían como supervisoras de los alumnos de licenciatura y posgrado que realizaban sus prácticas o servicio social. Como centro de enseñanza el CCAP, alberga a alumnos de dos residencias: Psicoterapia Infantil y Terapia Familiar, esta última a partir del 2008.

Los servicios de recepción y de limpieza del lugar, estaban a cargo de personas habitantes de la Colonia Volcanes, y que pertenecían a la organización del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur.

El **trabajo clínico** en el CCAP “Los Volcanes”, se dividen en los procesos de evaluación y los de intervención. En el primero se llevaba a cabo la pre-consulta y entrevistas subsecuentes donde se exploraba la problemática y se aplicaban pruebas psicológicas; en cuanto a la intervención se contaban con servicios de consejería, psicoterapia infantil, individual, de pareja y familiar. Cuando se consideraba que la demanda de los pacientes debía ser cubierta por otro tipo de servicios, el Centro se encargaba de hacer la canalización correspondiente.

El equipo terapéutico que se formó por alumnos de la Residencia, de segundo y cuarto semestre, trabajaba de la siguiente forma: se le asignaba un caso, previo proceso de evaluación, el cual se atendía en la modalidad de coterapia, con el equipo terapéutico presente, pues no se contaba con espejo bidireccional; por lo tanto, la supervisión, a cargo de la Mtra. Rosario Muñoz, era en vivo. Aunque había casos que se tomaban de forma individual y sin equipo, en ellos la supervisión era narrada.

Las sesiones eran de una hora, semanales. Los modelos con los que se trabajó fueron el Estructural, Estratégico, Centrado en Soluciones y Narrativo.

Centro Comunitario San Lorenzo.

Descripción. El Centro forma parte de la Fundación Bringas-Haghenbeck (FBH), que en el año de 1992, resultó de la fusión entre dos instituciones que ya se dedicaban a la asistencia social. La primera fue fundada por la Srita. Luz Bringas Robles (1859-1946), quien dedicó su vida a ayudar a la niñez y a los ancianos, dando origen a la Fundación Luz Bringas el 9 de julio de 1935, la cual presidió hasta su muerte, en Inglaterra el 27 de febrero de 1946. Por otra parte Ma. De los Ángeles Haghenbeck y de la Lama (1907-1959), a su muerte dejó dos testamentos

públicos cerrados; en uno de ellos ordenó la constitución de una fundación de asistencia privada que llevó su nombre. El objetivo de esta institución fue la atención a niños en guarderías y granjas, así como amparar a personas de edad o solitarias que lo requirieran, brindándoles casa y alimento.

Al unirse, la misión de la Fundación se definió como: sostener, promover y apoyar establecimientos de atención a niños, jóvenes y personas de la tercera edad y el apoyo a los necesitados. Y su visión, ser una institución autosuficiente que como agente de cambio, brinde por sí o en colaboración con otras, atención integral y de calidad a través de un enfoque proactivo que permita impulsar el desarrollo autogestivo en diferentes grupos vulnerables de la población. Los valores de la FBH se fundamentan en la calidad, creatividad, imaginación, trabajo en equipo, profesionalismo, compromiso, esfuerzo, cooperación, productividad, satisfacción de la población atendida, comunicación y apertura.

La **organización** de la FBH consiste en un Patronato: presidente y patronos vocales; Dirección general: directores de unidades; Programas en educación, salud y tercera edad. La infraestructura implica las áreas de Educación: con dos jardines de niños, Salud, con dos centros comunitarios, uno de los cuales es el que se ubica en San Lorenzo Tezonco, Delegación Iztapalapa; y las tres residencias, que albergan a personas de la tercera edad.

En el Centro Comunitario San Lorenzo, existen cinco coordinaciones:

- Coordinación educativa: primaria, secundaria, belleza, cocina y computación.
- Coordinación médica: laboratorio Chopo y oftalmología
- Coordinación psicología: atención a niños, adolescentes, adultos, familia y pareja.
- Coordinación deportiva: canchas y clases.
- Coordinación de Servicios a la comunidad: trabajo social y biblioteca.

El **trabajo clínico** en el Centro Comunitario, se llevaba a cabo de la siguiente manera: las personas se anotaban en una lista de espera, y por orden cronológico se iban atendiendo, ya que se contaba con una cartera de psicólogos y terapeutas; pero para la práctica de la Residencia, atendimos a familias primordialmente, también a parejas e individuos.

La sesión se realizaba en un salón amplio, sin vidrio de doble visión, por lo que los pacientes conocían a los integrantes del equipo terapéutico, aquí se tuvo una mayor interacción entre los elementos del sistema completo.

Los terapeutas trabajaban en parejas, las sesiones tenían una duración de una hora, semanalmente; la supervisión, a cargo de la Mtra. Erika Trujillo, las modalidades fueron presencial y narrada. La intervención fue de modelos como el Estructural, Estratégico y Milán, de acuerdo con la propuesta que se elaboraba entre el equipo terapéutico, terapeutas a cargo y la supervisora, dependiendo de cada caso.

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Descripción. Al paso de los años en el Manicomio General se crea la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, dan inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños. Al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", que fue construido en la zona de Tlalpan en un edificio horizontal y fue el primero en inaugurarse, en 1966, ya que los niños desnutridos y abandonados del Manicomio General eran, sin duda, una prioridad. Su primer director fue el doctor Jorge Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con grandes conocimientos en salud pública.

El Hospital tiene como interés superior a los niños y adolescentes que requieran de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, contando además con servicios de apoyo que sirven como complemento para brindar un tratamiento integral que cubra las necesidades particulares de cada uno de los padecimientos que aquí se atienden. Otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

En cuanto a la **organización**, el Hospital en su inicio tenía una capacidad de 220 camas. Fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización. El área de hospitalización contó en un inicio con cuatro pabellones, los cuales atendían a mujeres y varones, con padecimientos y trastornos mentales, crónicos y agudos. Actualmente, el pabellón A cambió a Hospital de día y las pacientes con trastornos crónicos fueron trasladadas al pabellón D, junto con las pacientes con padecimientos agudos. Los pacientes crónicos del pabellón B fueron trasladados en su mayoría a un hospital granja y a un orfanato.

En 1990 se realizan algunos cambios en los pabellones, se crea la Unidad de las Adolescentes con trastornos mentales agudos, y la Unidad de Cuidados Prolongados que reúne a

pacientes, mujeres y varones, con padecimientos crónicos; el pabellón C continúa atendiendo a varones con trastornos mentales agudos. Dos años después se mueve a un edificio aparte la Unidad de Adolescentes Varones menores de 18 años. En 1994, se abre PAIDEIA, que amplió la planta física para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos por el uso de sustancias adictivas, que opera hasta la fecha.

En cuanto al área de consulta externa se inició con una consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar clínicas para trastornos específicos con base en la población que demandaba atención con un alto grado de subespecialización.

El **trabajo clínico** en el Hospital comienza con la consulta de Primera Vez, que consiste en que acude un adulto responsable con el menor, que requiere del servicio, de preferencia que sean sus padres o un representante legal. Al llegar se deben presentar los documentos de referencia de alguna institución, la copia del acta de nacimiento, de identificación oficial del responsable o representante del menor, y comprobante de domicilio. Para la consulta subsecuente, se debe contar con un expediente abierto.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico

En los siguientes apartados se presentarán los principales modelos teóricos epistemológicos que se revisan como parte de la formación en la Residencia en Terapia Familiar: la Teoría General de Sistemas (TGS), la Pragmática de la Comunicación, la Cibernética, el Constructivismo y el Construccinismo Social. De los cuales trataremos a continuación, en el orden citado.

2.1.1. Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

La *Teoría General de Sistemas (TGS)* fue desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy en 1937, aunque es hasta 1968 cuando la obra es publicada. La explicación que da este autor sobre el tiempo que pasó entre el planteamiento de la teoría y su publicación, es que en la década de los sesenta existió una coyuntura en el ambiente científico, en la que él consideró que podían ser aceptados sus planteamientos, pues en ese momento se propusieron una serie de modelos explicativos de la realidad, como la cibernética, la teoría de la información, la teoría de los juegos, la teoría de la decisión, las matemáticas racionales y el análisis factorial (Bertalanffy, 1968).

Esta apertura estaba relacionada con la incapacidad de la visión mecanicista de continuar explicando el mundo, sobre todo lo referente a los fenómenos biológicos, del comportamiento y sociales; por lo tanto se generó un cambio dando paso al nuevo paradigma sistémico, que se caracterizaba por su interdisciplinariedad, es decir, por no segmentar a la ciencia, sino apostar por la aplicación de sus principios a diferentes campos (Bertalanffy, op. cit.; Sánchez, 2000).

Es importante, anotar que Bertalanffy (op. cit.), es quien primero propone la posibilidad de que el modelo sistémico se aplique a los fenómenos psicológicos, pues el concepto de sistema no está limitado a la materia sino a cualquier totalidad que consista en componentes en interacción.

Entonces, si la familia es un sistema abierto se le pueden aplicarse los otros conceptos de la TGS a su estudio. Por ejemplo:

- Homeostasis, es decir la tendencia del sistema a mantener el equilibrio,
- Retroalimentación, que puede ser positiva o negativa, si es positiva promueve un cambio, si es negativa mantiene la homeostasis.

- Autoorganización, esta tendencia aparece porque se considera como un sistema activo, que modifica sus procesos cuando recibe información del ambiente (Bertalanffy, op. cit.).

La familia está en constante transformación, pues se encuentra en contacto con el ambiente, con otros sistemas que le proporcionan información a través de la cual puede generarse un cambio (retroalimentación positiva), o mantenerse estable (retroalimentación negativa).

Sin embargo, existe controversia sobre el grado de aportación que la TGS tuvo sobre el desarrollo de la Terapia Familiar. Por ejemplo, para algunos autores (Hoffman, 1981; Vargas, 2004) la influencia del grupo de Bertalanffy y su teoría no fue tan fundamental como las aportaciones del grupo cibernético encabezado por Bateson. Para otros (Andolfi, 1977; Sánchez, 2000), conceptos como organismo, sistema u homeostasis, son básicos para comprender el movimiento de la Terapia Familiar.

La segunda influencia determinante para el nacimiento y desarrollo de la Terapia Familiar es, precisamente, *la Cibernética* que se divide en dos tiempos los cuales difieren sobre la posición del sujeto que observa: primer orden y segundo orden. La primera se refiere a los sistemas observados, donde el sujeto se mantiene en un nivel distinto a lo que observa, su posición está fuera del sistema. La cibernética de segundo orden, o de los sistemas observantes, se caracteriza porque el observador forma parte de la realidad o sistema al cual observa.

Bateson, es considerado como el principal epistemólogo de la Cibernética de primer orden. Formado inicialmente en la biología, y posteriormente en el campo de la antropología, desarrollaría una serie de observaciones en su trabajo de campo en Nueva Guinea, a lado de Margaret Mead. Más adelante, continuaría con su investigación sobre la comunicación animal y humana, ahora con un equipo formado por Haley, Weakland y Jackson; esta red tuvo como resultado un interesante e influyente artículo llamado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” (Bateson, 1998).

En este escrito se plantea el concepto del doble vínculo, una forma de comunicación que forma parte de la etiología de la esquizofrenia, y que de acuerdo con Bateson (op. cit.) está compuesto por los siguientes elementos: 1) dos o más personas que son significativas una hacia la otra; 2) experiencia repetida o pautas de interacción; 3) un mandato primario negativo que dice “no hagas eso o te castigaré” o “si no haces eso, te castigaré”; 4) un mandato secundario en conflicto con el primero, pero en un nivel más abstracto, que está reforzado por castigos o señales

que anuncian el peligro para la supervivencia; un tercer mandato negativo que prohíbe a la víctima escapar del campo, que le dice al receptor de los mensajes anteriores que haga lo que haga, incluso si ya no hace, recibirá el castigo, y que no le permite discriminar qué parte de la conducta es la que desata dicho castigo; 6) la secuencia se repite, cualquier situación puede precipitar el pánico o la cólera, se genera una desconfianza sobre la propia percepción.

La teorización que hace Bateson (1998), para ofrecer una alternativa de salida a la comunicación de doble vínculo, se encuentra en el aprendizaje integrado por cuatro niveles:

- Aprendizaje cero: donde se pueden ubicar los reflejos, pues se caracteriza por respuestas específicas, que no se pueden corregir.
- Aprendizaje I: aquí existe un cambio en la respuesta, ya no es específica pues existe la posibilidad de corregir, como en el caso de procedimientos por ensayo y error.
- Aprendizaje II: implica conocer cómo aprendemos a aprender, por lo tanto es un cambio en el proceso del aprendizaje I.
- Aprendizaje III: contiene un cambio del proceso de aprendizaje II, a través de la metacomunicación y metacognición, es la transformación a partir de nuevas alternativas según las cuales se eligen nuevas formas comunicativas, no es muy común.

Será en el nivel III, donde se ubiquen algunas salidas al doble vínculo cuando uno de los interlocutores realiza una reflexión con el Otro, hablando de las formas en que la comunicación entre ambos se ha llevado a cabo; otra forma es que uno o ambos expresen la dificultad en el logro de la comunicación clara y directa entre ellos; la utilización del humor o la burla puede ser una alternativa utilizada por los participantes en la interacción como parte de desviar la tensión de recibir dos mensajes simultáneos y descalificadores; por último, uno de los participantes puede retirarse de la relación y terminar con la interacción.

En realidad, Bateson no estaba interesado en explicar la etiología de la esquizofrenia o en el desarrollo de un modelo terapéutico, sino en el desarrollo de una teoría de la comunicación. Incluso, la propuesta del doble vínculo, se construye sin la investigación directa con familias de pacientes esquizofrénicas, su comprobación y desarrollo en la práctica clínica es posterior a los trabajos del grupo liderado por el autor, a través de Don Jackson y Jay Haley (Bertrando y Toffanetti, 2000).

A la par de los trabajos de Bateson, se encontraban otros clínicos desarrollando modelos que explicaban las pautas de interacción que daban como consecuencia un miembro psicótico en

la familia. Weakland (1960, en Hoffman, 1981), basa su explicación de la esquizofrenia en la formación de tríadas, pues sugirió que en las relaciones humanas siempre aparecía una persona que intervenía en la díada. Posteriormente, Haley (en Hoffman, op. cit.) hizo esfuerzos individuales por explicar la esquizofrenia y planteó la Teoría del control para lograrlo. En ella hablaba de que la descalificación entre los miembros de una familia con un miembro esquizofrénico, parece ser una pauta de interacción común a este tipo de familias.

Por otra parte, encontramos a Bowen, considerado como uno de los pioneros de la Terapia Familiar (Bertrando y Toffanetti, 2000), aunque trabajó de forma aislada la mayor parte de su vida, llegó a compartir sus hallazgos una vez iniciado el movimiento de Terapia Familiar. Bowen (en Hoffman, op. cit.) planteó una hipótesis interesante sobre la esquizofrenia, en donde se tenía en cuenta no sólo a la familia nuclear del esquizofrénico, sino a la familia de origen de los padres, realizando el análisis de la familia con tres generaciones. Dicha hipótesis planteaba que los abuelos del niño esquizofrénico habían sido personas relativamente maduras, pero un hijo o hija muy apegados a la madre resultaría inmaduro, éste o ésta escogerían una pareja igualmente inmadura, y el resultado sería un hijo o hija simbióticamente atados a la madre que se convertiría en esquizofrénico.

Un concepto relevante de este autor será el de “diferenciación”, como una necesidad de separación de la familia, frente a la otra necesidad de permanecer juntos; es decir la búsqueda de individuación de los hijos de sus padres, como una tarea del desarrollo, en donde los hijos se van separando psicológicamente de la dependencia emocional de sus progenitores, cuando no logran realizar dicha separación y, al contrario se encuentran en una relación donde las necesidades de cada miembro de la familia no se pueden distinguir, dando la impresión de que tienen todos la misma necesidad, entonces se puede generar la patología, en el caso de los estudios de Bowen, se “produce” un miembro psicótico.

A la par de estas aportaciones sobre la comprensión de la esquizofrenia, Bateson continuaba investigando *el problema del cambio* ¿cómo es que éste se lleva a cabo? Bateson (1979) plantea una posible respuesta a partir de una tipología de procesos de interacción que nombra “cismogénesis”, él identifica dos tipos de interacciones acumulativas: las simétricas a “aquellas en que una cierta clase de acción de A estimula en B una acción de la misma clase, la cual a su vez estimula ulteriores acciones similares de A, y así

sucesivamente... 'complementarias' a aquellas secuencias interaccionales en las que las acciones de A y de B eran diferentes pero se amoldaban la una a la otra" (Bateson, 1979, p. 208)

Pero ¿eran éstas las únicas formas de interacción? ¿Existía algún freno, cambio o salto de uno al otro? Bateson retoma los trabajos de Richardson (Hoffman, op. cit.) respecto a la escalada simétrica, donde existe una competencia, cuando se presenta una conducta el otro elemento presenta otra conducta similar pero en un grado de intensidad mayor, hasta que la pareja llega a un punto de equilibrio y deja de presentar conductas, por ejemplo por fatiga. En un sistema macro esta escalada se explicaba a través de las tensiones interclases, que se veían reducidas por las celebraciones o una guerra que unía a un país dividido.

Dos de los colaboradores del grupo del Mental Research Institute, compañeros y seguidores del pensamiento de Bateson, desarrollaron un trabajo llamado "Pragmática de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas" (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1991). En esta obra los autores hacen una crítica al paradigma mecanicista por su rigidez al explicar la conducta humana; consideraban que el cambio de paradigma se refiere precisamente a que el motor de la conducta humana no es la energía, sino la comunicación.

La propuesta teórica de Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), plantea una serie de axiomas de la comunicación a partir de los cuales desarrollan su aproximación a la pragmática de la comunicación humana, y que se describirán en el cuadro 2.1. Los axiomas descritos implican que para que la comunicación se lleve a cabo, se necesita de otro, de su existencia, aunque cada participante puede tomar una postura distinta ante dicha existencia produciendo lo que los autores llamaron las patologías de la comunicación. Las posturas frente a la situación de existencia del otro pueden ser de rechazo, aceptación o descalificación de la comunicación. Incluso el síntoma se considera una forma de comunicación.

También, existirán variaciones entre los aspectos de contenido y relación, entre los participantes, en este sentido ellos pueden estar: i) de acuerdo en el contenido de las comunicaciones y en la definición de la relación; ii) en desacuerdo con respecto al nivel de contenido y también al de la relación; iii) formas mixtas de las anteriores. Por lo tanto, tanto la postura frente a la existencia del otro como la concordancia entre el nivel de contenido y de relación, repercuten en la definición del self propio y del otro, de los participantes en la comunicación. En resumen cada uno puede: i) confirmar al otro; ii) rechazar al otro; y iii) desconfirmar, que equivale a decirle "tú no existes".

Cuadro 2.1. Premisas, condiciones y elementos de los Axiomas

	Premisa	Condiciones	Elementos
La imposibilidad de no comunicar	Toda la conducta es comunicación, verbal o no verbal.	No hay nada que sea lo contrario de la conducta. Las confusiones son un tipo de comunicación. No es posible no comunicarse	Un mensaje La interacción Pautas de interacción, como un nivel elevado de comunicación humana.
Niveles de contenido y relaciones de la comunicación	Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación	Para evitar confusiones es necesario tener la capacidad de metacomunicarse (comunicarse sobre lo que se comunica)	Aspecto referencial, el que trasmite información, y el conativo o el tipo de mensaje que define la relación entre los comunicantes.
La puntuación de la secuencia de hechos	La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los comunicantes.	Puntuación se entiende como la organización de los hechos de la conducta	Acuerdos entre los comunicantes, sobre la puntuación de cada uno.
Comunicación digital y analógica	Los seres humanos se comunican tanto digital (representación a través de signos arbitrarios) como analógicamente (la representación es el objeto que representa).	El lenguaje digital posee sintaxis lógica y compleja, pero sin semántica. El lenguaje analógico tiene semántica pero no sintaxis adecuada para la definición.	Digital, el material es complejo, diverso y abstracto, su estructura es lógica. Analógico, el nivel de relación, el material son gestos, postura, expresión facial, inflexión de la voz, su estructura no tiene indicadores de tiempo.
Interacción simétrica y complementaria	Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia.	Las interacciones están basadas en la igualdad o la diferencia mínima en que se iguala la conducta (simétrica), o de la diferencia máxima, en la que uno complementa a otro, en dos posiciones distintas (complementaria).	Metacomplementariedad: A permite u obliga a B a estar en control de la relación mediante idéntico razonamiento. Pseudosimetría: donde A permite u obliga a B a ser simétrico.

En cuanto a la interacción, las patologías potenciales pueden tomar dos formas: primera, la escalada simétrica, donde existe una competencia que se ha convertido en una especie de guerra entre los participantes, que se caracterizará por el rechazo del self del otro; segunda, la complementariedad rígida, que implica la desconfirmación del self del otro, pues las posiciones se hacen cada vez más distantes e impiden la posibilidad de movimiento, el sentimiento será de frustración y desesperanza en los participantes. Por lo tanto, el cambio terapéutico, en el tratamiento, implicaría de manera directa la introducción de la simetría en la complementariedad y viceversa.

La *paradoja* plantea un tipo de comunicación, que de acuerdo con Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), implica una contradicción que requiere de una deducción correcta a partir de premisas congruentes, con el contexto o con el momento histórico. Watzlawick, Beavin y Jackson (op. cit.) identifican tres tipos de paradojas: a) antinomia, en la que se crea una auto contradicción mediante modos aceptados de razonamiento; b) antinomias semánticas o

definiciones paradójicas, que contienen incongruencias ocultas en la estructura de niveles de pensamiento y lenguaje, en las clases de niveles. c) paradojas pragmáticas, que aparecen en las relaciones entre las personas, en su comunicación.

Pero las preguntas sobre el cambio no se quedan en el nivel de la comunicación. Fue Maruyama (Hoffman, 1981) quién desarrolla dos conceptos fundamentales para comprender el cambio y, también la supervivencia de un sistema vivo: morfostasis y morfogénesis. El primero es el proceso por el cual se mantiene constancia ante la información nueva, e implica retroalimentación negativa. El segundo es la morfogénesis, o la modificación de la estructura básica, implica retroalimentación positiva. Maruyama (Hoffman, op. cit.), habla de una especie de rizo o espiral ascendente, donde existen una serie de hechos causados mutuamente, en que la influencia de cualquier elemento regresa a sí misma por medio de otros elementos. ¿Cuándo se detiene este rizo?, a decir de Maruyama por la amplificación de la desviación, es decir, por un exceso de retroalimentación positiva.

En la historia de la Terapia Familiar ocurre un gran cambio: de la cibernética de primer orden a la de segundo orden o del sistema de observación. Según Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989) fueron von Foester, Maturana y Varela, los que la llaman de orden segundo, ya que el observador entra en la descripción de lo observado, señalando la imposibilidad de la objetividad, es decir, el observador en él mismo como un filtro cultural del mundo, por lo tanto sus observaciones no son privadas e independientes, sino parte de una construcción colectiva.

von Foerster (1998), enfatiza en la característica de la segunda cibernética es la inclusión del observador dentro de lo que observa, es decir, el recordatorio de que la acción de observar, distinguir o indicar, lleva implícita la autorreferencia del sujeto que lleva a cabo dicha acción. La influencia de Maturana y Varela (Boscolo, 1998), aparece en el planteamiento sobre las realidades, que provienen de la construcción y convención lingüística, los pacientes y el terapeuta crean una nueva historia, una nueva realidad.

Boscolo (1998) describe su transición de una visión de primer al segundo orden, gracias a una visión posible a través del trabajo con terapeutas en formación, en donde un grupo observaba a los terapeutas en sesión, mientras que otro grupo observaba a los observadores. Cecchin (1998) complementa la visión anterior resumiendo su propio tránsito de un tipo al otro: de energía a información, de entidades a construcciones sociales, de poner el foco en la familia a ponerlo en el

terapeuta, de plantear verdades a plantear hipótesis/resonancias y relaciones, de mostrarse neutrales a mostrarse curiosos.

Los hallazgos de estas formas de trabajo derivaron en una postura de los terapeutas, que enfatiza la importancia de la presencia del sujeto que observa, y se considera que sus autorreferencias estarán matizadas por sus ideas, prejuicios, premisas y teorías, ya que la manera de apreciar la realidad depende de la posición que cada cual ocupa dentro de un sistema. Además, la concepción de los sistemas se moviliza a la idea de que son los problemas los que crean los sistemas, en la terapia se trabaja para disolver el problema que lo ha creado.

Las transformaciones continúan en los devenires de la terapia familiar, en un movimiento cultural mucho más amplio: entre la modernidad y la posmodernidad. En la primera, de acuerdo con Gergen (2006), se identifica el argumento del progreso, al cual toda la gente tendrían más o menos acceso; existe una búsqueda del saber, de encontrar la esencia de “la cosa en sí”; se utiliza la metáfora de la máquina para explicar la naturaleza y la sociedad, mientras que al individuo se le concede un Yo racional, ordenado, auténtico, autónomo y accesible a la observación.

Berman (1982, en Harvey, 1990) define la modernidad como un modo experiencia vital, compartida por todos los hombres y mujeres del mundo, en la cual para ser moderno se realiza una transformación del ambiente y de sí mismo, encontrando las promesas de aventura, poder, juego y crecimiento; rompiendo con las diferencias geográficas, étnicas, de clase, nacionalidad, religión o ideología, unificándolo todo.

Mientras que lo que caracteriza al posmodernismo, según Gergen (2006), es la pluralidad de voces que rivalizan por el derecho de existir, compitiendo para ser aceptadas como expresión legítima de lo verdadero y lo bueno; la realidad no “están en el mundo”, sino que son producto de perspectivas particulares. A través de la arquitectura, Lyotard (1991) ejemplifica lo posmoderno distinguiéndole del modernismo, en tres sentidos: desaparición de la Idea de un progreso y la libertad, en la que la arquitectura posmoderna aparece como una especie de collage que toma elementos de estilos o periodos anteriores; el cuestionamiento sobre ¿a qué sujetos concretos se refieren los movimientos que proclaman la emancipación de la humanidad?; la posmodernidad es ante todo la cuestión de las expresiones del pensamiento, llámese arte, literatura, filosofía y política. El autor termina aclarando que el prefijo “post” de la palabra no significa un volver atrás, retroalimentación o una repetición, sino un proceso de análisis, que cuestiona aquello olvidado por la modernidad.

Gergen (2006), realiza una descripción del pasaje de la concepción del Yo, desde el movimiento del romanticismo, hacia el modernismo y la posmodernidad. El Yo romántico atribuía a cada individuo rasgos de personalidad, un alma, temple moral, a través de las cuales establecía relaciones comprometidas, amistades fieles y tenía objetivos vitales. En cambio el Yo moderno poseía la capacidad de raciocinio, opiniones e intenciones conscientes, las personas son entes que tendían a la normalidad, eran previsibles, estables, honestas y sinceras.

Sin embargo, en el posmodernismo el Yo fue desmantelado como poseedor de características fijas, reales e identificables, tales como la racionalidad, las emociones o la voluntad, las cuales constituían una certeza y verdad para el romanticismo y la modernidad, respectivamente. Las personas, en la posmodernidad, existen en un estado de construcción y reconstrucción permanente, donde “todo vale”, mientras exista la posibilidad de negociarlo. El Yo está constituido por múltiples realidades, las cuales se cuestionan, se reflexionan, se ensayan, no existe un eje rector que sostenga una realidad (Gergen, 2006).

En el contexto de la psicoterapia se comenzó a cuestionar la creencia epistemológica modernista que reduce los fenómenos psíquicos a modelos universales, con explicaciones causales, esencialistas, fundamentados en bases rígidas; mientras que para una visión posmoderna, y por lo tanto narrativa, la terapia es un proceso conversacional (Goolishian y Anderson, 1998).

Una de las perspectivas en psicoterapia dentro de la postura posmoderna es el *constructivismo*, en la cual “los seres humanos tienen negado el acceso directo a la realidad inmediata más allá del lenguaje, definido ampliamente como todo el repertorio de expresiones y acciones simbólicas que nos proporciona la cultura” (Neimeyer, 1998, p. 32). Este mismo autor distingue la epistemología del constructivismo a través de las siguientes premisas:

- ❑ La experiencia y acción del sujeto está construida.
- ❑ Se busca validar el conocimiento a través de la consistencia interna y el consenso social.
- ❑ La naturaleza de la verdad es múltiple, contextual, histórica y paradigmática.
- ❑ El objetivo de la ciencia es pluralista, los conocimientos se crean localmente.
- ❑ El método científico es anárquico, se prefieren los métodos cualitativos y el análisis hermenéutico de la narrativa.
- ❑ El ser humano se visualiza como proactivo, que organiza la actividad.
- ❑ El significado es un constructo, que se establece a través del contraste.

❏ La relación entre significados es sistémica, las construcciones son ordenadas jerárquicamente, pero la estructura es autoorganizada.

❏ El papel del lenguaje es que constituye la realidad social, es un sistema de diferenciaciones.

En cuanto a la terapia, ésta se caracteriza por que los terapeutas con esta postura “intentan articular el subtexto temático que subyace al argumento de la vida del cliente y ayudarle a experimentar con argumentos nuevos” (Neimeyer, op. cit.). Es decir, se concentran en la narrativa que las personas tienen sobre sus propias vidas, asumiendo que las personas funcionan a través de mapas cognoscitivos que son elaborados internamente, que permiten una aproximación a la realidad.

Otra de las posturas posmodernas en psicoterapia es el *construccionismo social*. Que emerge como consecuencia de la crisis de los paradigmas científicos de mediados de los sesenta; en esta época, se hace una crítica al empirismo y ésta se basa “en las aportaciones de Wittgenstein sobre el papel que desempeñan las <convenciones lingüísticas>, tanto en la configuración de los conceptos, como en su utilización, y en la producción de conocimientos sobre los referentes a los que aluden supuestamente dichos conceptos” (Ibáñez, 1994, p.105). Es decir, se reconoce que la ciencia no refleja al mundo como es, sino que se trata de acuerdos a los que llegan los integrantes de una comunidad científica para nombrar a los fenómenos, pero esta práctica está tan sedimentada en la sociedad que pareciera que se convierte en la realidad, la única válida.

De esta forma, los socio construccionistas proponen, según Gergen (1996b) que las cosas no hacen referencia a su nombre de manera naturalizada, sino por convenciones sociales, pues rechazan la idea de una realidad objetiva e independiente de la relación que el sujeto establece con el objeto. El “mundo” no viene de una realidad o de un mundo interior, sino del resultado de la interacción, de la acción conjunta, por lo que se propone poner el lenguaje en contexto, el cual lo legitima. Por ejemplo, el lenguaje científico no es el reflejo de la realidad, la describe pero no puede predecirla.

La práctica social determina la semántica, es la forma de relación o interacción la que permite que la semántica funcione. Sobre las comunidades científicas, el construccionismo social hace una crítica, en el sentido de que no son autoridades por sí mismas, no pueden autoevaluarse,

este cuestionamiento sólo puede ser llevado a cabo observando el impacto en la vida cotidiana de los saberes especializados.

En el discurso del socio construccionista la cultura es una constante que aparece en la argumentación de los supuestos teóricos y que tiene un papel fundamental en los estudios sobre ciencias psicológicas. Es decir, creen que el contexto cultural o la riqueza de los conocimientos elaborados por cada sociedad pueden aplicarse a ella misma en el plano de la teoría y la práctica.

Incluso proponen un intercambio cultural de conocimiento, ellos piensan que cada cultura ofrece una riqueza de recursos para el desarrollo de la ciencia. Por ejemplo, en las concepciones del conocimiento, en los discursos del funcionamiento de los grupos humanos (Gergen, Lock, Gulerce, & Misra, 1996). Así, el intento del construccionismo ha sido explorar las posibilidades de entender el conocimiento como una creación de las comunidades, opuesto a las mentes individuales.

2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

A. MODELO ESTRUCTURAL

La historia de este modelo inició en la década de los sesenta, en una escuela de la costa Este llamada “Wiltwyck School for Boys”, donde E.H. Auerswald, Charles King, Richard Rabkin, Braulio Montalvo y Salvador Minuchin, como líder, comenzaron a intervenir con familias de adolescentes delincuentes (Hoffman, 1981).

Montalvo trabajó con Minuchin en Filadelfia y allí creó una serie de videos de enseñanza que destacaron por su calidad. Auerswald desarrolló su propio enfoque de “sistemas ecológicos”, donde proponía el abordaje de los problemas de salud pública, a través de los profesionales de la salud, con una visión holística y sistémica de dichos problemas (Hoffman, 1981).

En 1965, Minuchin dejó esta escuela para varones y se fue a dirigir la Philadelphia Child Guidance Clinic, donde lleva con él a Montalvo, y se incorpora a su equipo Haley, quien también colaboraba en Palo Alto; posteriormente trabajaría con Cloé Madanés (Bertrando y Toffanetti, 2000). En 1969 comenzó un proyecto donde planea formar como terapeutas familiares a personas no profesionales de la salud, son pacientes que aprenderían las técnicas para luego trabajarlas en sus barrios, principalmente con migrantes.

En los años de trabajo en la Philadelphia Child Guidance Clinic, Minuchin trabajará con Laster Baker, pediatra; Ronald Liebman, psiquiatra y Bernice Rosman, psicóloga, en investigación sobre diabetes infantil y anorexia, acumulando datos que, más adelante, soportarán sus aportaciones teóricas, y serán evidencia de que la intervención con terapia estructural es efectiva en este y otros tipos de casos (Bertrando y Toffanetti, 2000; Hoffman, 1981).

Minuchin escribió, en 1967, el libro “Familias marginadas: una exploración de su estructura y tratamiento”, que es una referencia obligada al hablar del Modelo Estructural. En esta investigación hizo un análisis sociológico del impacto que el contexto social tiene sobre las familias pobres. Este autor había adoptado el modelo de familia nuclear de Parsons (1955, en Bertrando y Toffanetti, 2000), en el que se definen y diferencian funciones instrumentales y expresivas del grupo social. Minuchin (1977) también se basó en la Teoría Estructural de Lévy-Strauss, y propuso que al intervenir con un individuo o grupo debe considerarse el contexto social. Definió la Terapia Estructural como la “teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, intentan modificar la organización de la familia” (Minuchin, op. cit., p. 20). Es decir, le interesaba la transformación de la estructura familiar o las posiciones que cada miembro tenía dentro de una familia; el terapeuta consideraría al sujeto y al síntoma en contexto, no como algo aislado y producto de la vida interna del paciente.

De esta forma el terapeuta tomaba un rol distinto en el que se asociaba con la familia formando un nuevo sistema, el terapéutico, con el objetivo de transformarlo para que fuese funcional. Minuchin (op. cit.) consideraba que la terapia estructural era una terapia de acción, centrada en el presente, donde los cambios que promovía el terapeuta estaban basados en la organización previa de cada familia; por lo tanto, cuando el terapeuta salía de la vida de la familia, los cambios eran mantenidos por los miembros del sistema, quienes lo incorporaban a su estructura y función.

En esta postura Minuchin (op. cit.) planteó *las funciones* que cumplía la familia, que eran de dos tipos: interno, como la protección psicológica y social de sus miembros, y externo, es decir la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma a sus miembros. En el segundo tipo encontramos a los valores, que en algunos casos podían estar en conflicto con los de la cultura en la que estaba inserta la familia, generando rasgos de patología, cuando lo que era necesario estaba en cuestionar qué tanto continuaban siendo útiles para la familia.

Otra función importante de la familia era la formación de la identidad de los individuos, en la cual se genera un doble movimiento: sentido de pertenencia y sentido de separación e individuación; este último se logra a través del contacto con otros grupos sociales como la escuela, la iglesia, los amigos, etc. Entonces, la familia permite garantizar la continuidad a la cultura a la que pertenece, por lo que era fundamental tratar a las familias siempre considerando cuál era su contexto.

Desde este tipo de terapia, la familia tiene una estructura, que fue definida como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, op cit., p. 86). Esta estructura operaba a través de dos tipos de pautas: 1) transaccionales, que son operaciones repetidas o reglas sobre cómo, cuándo y quién se relaciona con quién, implican jerarquía y complementariedad, en contratos implícitos o explícitos, y su función es regular la conducta de los miembros y conservar el sistema; y 2) alternativas, que eran las operaciones flexibles y que permitían la adaptación a los cambios que enfrentaba la familia, pero tenían un límite de lo que podía permitir el sistema, de lo contrario se activarían mecanismos para restablecer el nivel habitual.

La estructura familiar estaba constituida por subsistemas (Minuchin, op.cit.), donde el individuo mismo era un subsistema y cuando se asociaban varios individuos se formaban otros subsistemas; un sujeto podía pertenecer a diferentes subsistemas, en cada uno tenía diferentes niveles de poder, marcando *una jerarquía*, y desarrollaba distintas habilidades. Minuchin y Fishman (1989), propusieron tres subsistemas en la familia:

Conyugal, se formaba cuando dos adultos de sexo diferente se unían y formaban una pareja². Este subsistema debía construirse a partir de la complementariedad, donde cada persona cedía individualidad para ganar pertenencia; y la acomodación, que se trataba de estimular lo

² De acuerdo con la CONAPO, en México existen 27 millones de hogares, de los cuales 91% son de tipo familiar, dentro de este porcentaje el 67% están conformados por parejas heterosexuales que conviven con o sin hijos, el porcentaje restante está compuesto por otros tipos de arreglos familiares: monoparentales, extensos, compuestos y unipersonales (Reyes, 2009). En Noviembre de 2006, la Gaceta Oficial del D.F., publicó la Ley de Sociedad de Convivencia, que en su artículo segundo era definida como "un acto jurídico bilateral que se constituye, cuando dos personas físicas de diferente o del mismo sexo, mayores de edad y con capacidad jurídica plena, establecen un hogar común, con voluntad de permanencia y de ayuda mutua", legitimando la posibilidad de arreglos familiares distintos de la familia nuclear basada en la consanguinidad. El 21 de diciembre 2009 fue aprobada por la ALDF, la *alianza entre personas del mismo sexo*, que incluían el derecho a la adopción; en agosto de 2010 la Suprema Corte decidió que los demás estados de la República Mexicana estaban obligados a reconocer la validez de los casamientos de personas del mismo sexo que se llevaran a cabo en el D.F. Los datos y leyes en nuestro país, mencionados anteriormente, nos hablan de la transformación del subsistema conyugal hacia formas alternativas de relaciones entre personas que no necesariamente responden al modelo tradicional de familia basado en la heterosexualidad de los cónyuges.

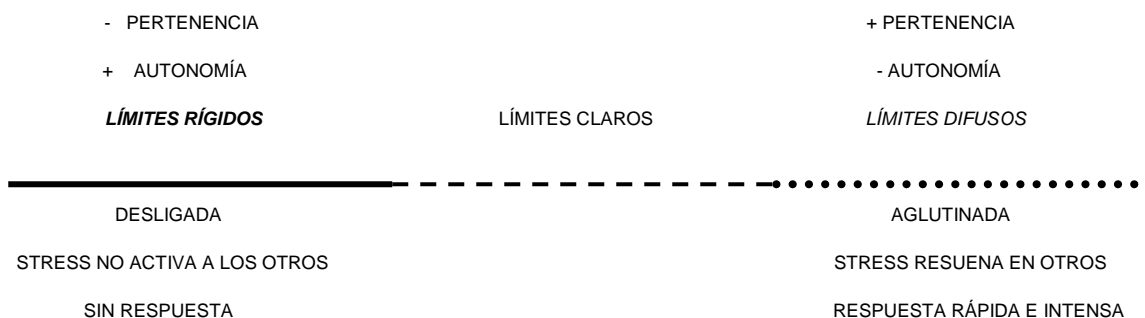
positivo de la relación y disminuir lo negativo. Se agregaba que era necesaria una postura flexible para tener un funcionamiento adecuado.

Parental, se constituía cuando nacía el primer hijo. Las condiciones que debía cumplir eran tener límites claros con el subsistema conyugal y establecer autoridad de los padres, a quienes se les demandaba un grado de adaptación a los cambios en el desarrollo de los hijos, y flexibilidad para el contacto con otros sistemas como el escolar o el grupo de pares.

Fraterno, implicaba relaciones entre iguales, pues los miembros de este subsistema aprendían a través de la interacción entre hermanos. Los límites debían protegerlos de la interferencia adulta y promover interacciones adecuadas con los sistemas extra familiares.

Un elemento fundamental eran *los límites* o reglas que definían quién participaba y de qué manera lo hacía en la familia, su función era proteger la diferenciación del sistema. Los límites entre estos subsistemas podían tomar formas, en la figura 2.1 se ejemplifica el continuo en que se podían observar los límites en la familia.

Figura 2.1 Estilos de interacción en las familias.



De acuerdo con esta representación de los estilos de interacción, existían sistemas que se consideraban desligados porque los límites tendían a la rigidez y bloqueaban la comunicación, también proporcionaban autonomía pero no generaban pertenencia, cuando un miembro estaba estresado, este estado no repercutía en los otros y por lo tanto no respondían a dicho stress. Hacia el otro lado del continuo, se ubicaban los sistemas aglutinados, en donde los límites eran difusos y existía mucha comunicación que se entrecruzaba entre los miembros, proporcionaba pertenencia pero disminuía la autonomía de sus elementos; en estas familias el stress de un elemento generaba una respuesta inmediata e intensa del resto de los miembros (Minuchin, 1977).

Esta tipología de las familias era útil para el terapeuta, quien evaluaba la estructura y al observar todos estos elementos, tendría el fundamento para la intervención con cada familia. Por lo tanto, cuando el terapeuta obtenía información, podía plantear hipótesis sobre la problemática presentada entre los miembros de la familia; para apoyarse utilizaba el mapa familiar, dibujando la posición jerárquica y los límites entre los miembros de la familia, así como si existían triangulaciones, coaliciones y conflictos entre ellos (Minuchin y Fishman, 1989). Con dicho mapa, el terapeuta probaba sus hipótesis y al mismo tiempo promovía el cambio; para lograr la transformación podía utilizar las estrategias que se describirán a continuación.

Cuestionamiento del síntoma. Su objetivo era reencuadrar al sistema familiar. Sus técnicas eran:

i. *Escenificación.* El objetivo era lograr que las interacciones problemáticas de la familia se manifestaran durante la sesión, permitiendo al terapeuta una visión de la pauta de relación dentro del grupo. Para lograr que los miembros de la familia mostraran esas formas en que interactuaban, el terapeuta daba indicaciones como: “Mamá podría mostrarme cómo es que le pide a Juanito que realice sus tareas”, “en este momento quiero que los padres discutan sobre la hora de llegada de las fiestas para su hijo”.

ii. *Enfoque.* Esta técnica ponía de relieve los lados fuertes de la familia, se señalaban problemas, se investigaban funciones complementarias. Por ejemplo, si se identificaba que el problema estaba en la separación de la madre con el hijo menor, se podían hacer comentarios como: “se dan cuenta que son una madre y un hijo muy unidos”, “¿dónde está papá en esa relación?”, “¿qué opina tu novia sobre lo cercano que eres a tu madre?”.

iii. *Intensidad.* Se utilizaba con familias con sordera selectiva ante lo que les sucede o lo que el terapeuta les iba diciendo; entonces la tarea de este último consistía en hacer que la familia “escuchara” el mensaje. Siguiendo con el ejemplo anterior, se podía hacer la pregunta varias veces de la misma forma, o formularla de distinta manera pero con el mismo contenido; ej. “parece que el tiempo no ha pasado desde que eras pequeño, tu mamá te sigue tratando como un bebé, a pesar de que ya eres todo un profesionista exitoso”.

Cuestionamiento de la estructura familiar. Este tipo de estrategia se dirigía a las familias con pertenencia excesiva, y su objetivo era delinear las fronteras de los subsistemas.

i. *Fijación de fronteras.* Su objetivo era regular la permeabilidad de las fronteras que separaban los subsistemas entre ellos, logrando que cada subsistema contara con

los repertorios adecuados para el subsistema en el que participaba. Se usaban las siguientes estrategias:

Cuadro 2.2. Estrategias y ejemplos para la fijación de fronteras entre los subsistemas

<i>Estrategias</i>	<i>Descripción</i>	<i>Frases sugeridas</i>
	Frases que indican que es deseable la separación.	“Las madres necesitan tener tiempo para ser mujeres, esposas, hijas, amigas, etc.”.
<i>Tríos</i>	Mantenerlos unidos para evidenciar la separación de la pareja. Separarlos para promover la unión de la pareja.	“Le pido que cambiemos de lugar para que observe lo unidas que son su hija y su esposa”.
	Nadie debe hablar por otro.	“Me gustaría que, cada vez que hablen, lo hagan en primera persona, como: yo pienso, yo creo, yo siento”.
<i>Tareas por subsistema</i>	Separando a cada subsistema y designando una tarea específica, para que no interfieran con los otros.	“La siguiente sesión sólo acudirán los padres, pero ese día los hijos verán la película ‘X’, que comentaremos en otra sesión”.

ii. *Desequilibramiento*. El objetivo de esta técnica era cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. Se podían plantear alianzas entre el terapeuta y el hijo “problema”, diciendo: “me parece que Hugo es muy inteligente, es un joven creativo, pues ha encontrado muchas formas de evitar cumplir con las reglas que le imponen en casa”. O aliarse con la madre dominante: “es usted muy cariñosa y organizada con sus hijos, sabe exactamente dónde están en cada momento, eso demuestra lo responsable que es como madre”.

iii. *Complementariedad*. El objetivo de este conjunto de técnicas era ayudar a los miembros a que se concibieran como pertenecientes a una entidad que rebasaba al sí mismo individual. Se podía preguntar: “me gustaría conocer ¿qué opinión tiene cada uno de ustedes sobre la actitud de Rodrigo frente a la escuela?”; o “se dan cuenta de que cuando mamá enferma, cada uno de ustedes hace algo para que ella tenga que recuperarse pronto, lo resuelven todo muy bien”; o “pueden observar que cuando Pablito se pone triste, sus hermanos mayores hacen más bromas y sus padres platican más sobre la situación de la familia”.

Cuestionamiento de la realidad familiar. Se partía del principio de que las familias tenían una visión particular del mundo, con esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Las formas de intervenir desde esta perspectiva, se muestran en el cuadro 2.3.

Cuadro 2.3 Técnicas que cuestionaban la realidad familiar

Técnica	Objetivo	Características
Uso de las construcciones	Elaborar construcciones que ayuden a la familia a transformarse hacia una concepción alternativa del mundo.	La alternativa que se le ofrece a la familia debe a) evitar sostener el síntoma, b) ser flexible y plural, c) admitir la diversidad y simbolismo más complejo.
Paradojas	Intervenir sobre síntomas cuya interacción permanece encubierta, repetitiva y protege el equilibrio del sistema.	Se trata de un doble mensaje que le dice a la familia: “sería bueno cambiar, y simultáneamente “no sería tan bueno cambiar”.
Uso de los lados fuertes	Hacer emerger las fortalezas individuales en las familias, ignorando la incapacidad o enfermedad de uno o varios miembros del sistema.	Resaltar la complementariedad del sistema, mientras que unos presentan faltas, otros desarrollaron capacidades o habilidades. El terapeuta no “cree” en las etiquetas que los sujetos se han colocado a ellos mismos.

Como observamos en este grupo de técnicas, una tarea central del terapeuta era entender la visión del mundo de la familia atendida, una vez realizada la investigación sobre las premisas que sostenían la realidad del grupo, el terapeuta planteaba afirmaciones y realizaba preguntas que ofrecieran realidades o verdades alternativas, permitiendo que fuese la propia familia la que se permitiera poner a prueba sus construcciones previas.

El Modelo Estructural, ofrecía una serie de parámetros para la evaluación y la intervención que eran muy útiles para la atención de las familias. Ofrecen un esquema de organización para el terapeuta, desde la fase de evaluación hasta las formas de intervención.

Respecto a las debilidades de este modelo, se encuentra la responsabilidad sobre lo que como terapeutas decimos a los pacientes en las intervenciones, me parece que requiere de una ética atenta a respetar la libertad de las personas que asisten a nuestra consulta. Sin embargo, esta reflexión sobre nuestras palabras y acciones y el poder e influencia que pueden tener en los pacientes, sólo puede ser llevada a cabo por cada uno de quienes trabajamos en el campo de la salud mental.

B. MODELO ESTRATÉGICO

Los principales representantes de la terapia estratégica fueron Haley, Fish, Weakland, Seagal y Madanés (Hoffman, 1981; Galicia, 2004). Sin embargo, quien sistematiza, nombra y difunde los principios y técnicas de este tipo de terapia es Jay Haley. De acuerdo con Galicia (op. cit.), cronológicamente, Haley trabajó en investigación con Bateson en el Instituto de Investigación Mental (Mental Research Institute) entre 1952 y 1962; su contacto como discípulo

de Milton Erickson puede rastrearse en 1952 hasta 1980; finalmente su experiencia con Minuchin y Montalvo data de la década de los sesentas. Haley y Madanés, también dirigieron el Instituto de la Familia en Washington, en 1976.

Del trabajo de investigación con Bateson y su equipo, Haley rechazó la terminología psiquiátrica que describía los procesos internos, cuya existencia constituía un supuesto, y prefirió definir la conducta observable en términos de las pautas de comunicación y de la teoría de sistemas. Entonces, definió al síntoma como una conducta que un individuo presentaba y que tenía influencia al menos sobre otra persona; el sujeto sintomático indicaba que no podía conducirse de otra forma (Haley, 1989).

Haley (op. cit.) resaltó la necesidad de las personas de definir sus relaciones, a través de la comunicación, cuyos mensajes se podían calificar con cuatro factores: 1) el contexto, 2) los mensajes verbales, 3) las modulaciones de voz y lingüísticas; 4) los movimientos corporales. Retomó elementos del doble vínculo para ejemplificar los problemas de comunicación, así como los tipos de relación simétrica y complementaria, que fueron descritos por el grupo de Palo Alto.

En el contexto terapéutico Haley (op. cit.) planteó una terapia directiva y profunda, donde los cambios se promovían a través del uso de la hipnosis, influencia de Milton Erickson, quien la definió como un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas, que permitía el contacto de sus recursos para prevenir, enfrentar o resolver problemas en la vida cotidiana. Se trataba de un estado subjetivo que se podía comprobar sólo a través de la comunicación del sujeto sobre su experiencia; se consideraba que cualquier persona podía entrar en trance a través del control de la respiración, la imaginación, el uso de las emociones, sensaciones o ideas (González, 2004).

Otros elementos que caracterizaban a Erickson y que retomó Haley fueron la idea de que el cliente estaba encargado de su aprendizaje, a través de su experiencia, pero con la guía y respeto del terapeuta (González, 2004). La terapia estaba ubicada temporalmente en el presente y dirigida hacia el futuro, se esperaba que un cambio pequeño promoviera otros pequeños. Erickson se formaba hipótesis específicas para cada cliente, su terapia era pragmática, orientada a una meta y breve (entre 1 y 20 sesiones). La relación terapéutica se basaba en la aceptación y empatía del terapeuta hacia el cliente, éste era considerado un ente activo, incluso se le aceptaba la resistencia como una respuesta válida, parte del proceso terapéutico.

Haley utilizó los conceptos de la Terapia Estructural como estructura, jerarquía y poder; principalmente en el trabajo con niños y adolescentes problemáticos. En este sentido Madanés (1982) contribuyó agregando que existen niveles de organización versus niveles de comunicación; extendió su enfoque sobre las estructuras de poder incompatibles, la metáfora del síntoma y la interacción familiar, y la especificidad del síntoma.

El Modelo Estratégico se caracterizó porque sus objetivos centrales eran ayudar a las personas a *superar las crisis a causa del ciclo vital de la familia*; a resolver un problema, que se definió como “un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas” (Haley, 1976). Definió la unidad terapéutica, como todas aquellas personas involucradas y sostenedoras del problema. El terapeuta tomaba una postura directiva y era el responsable de planear la estrategia para resolver el problema de su cliente; el terapeuta definía el problema en términos que indicaban la posibilidad de resolverlo, establecía metas, diseñaba los pasos para lograrlas, modificaba la estrategia en función de las respuestas del cliente, por último evaluaba los resultados (Haley, 1983; Madanés, 1982).

En el modelo Estratégico, se utilizó el concepto de comunicación analógica, para enviar mensajes indirectos a los clientes, a través del uso de lenguaje metafórico. También el concepto de jerarquía fue adoptado para aplicarlo en la comprensión de las pautas de relación en las familias que atendían. La meta de este enfoque era identificar cómo se daban estas cadenas de conductas o pautas, e interferir en ellas. Las pautas disfuncionales en los niveles de jerarquía podían generar conflictos.

Por ejemplo, cuando el poder y la jerarquía, en tres generaciones (abuelos, hijos-padres, nietos) eran ignoradas aparecía un tipo de conflicto en el cual abuelos y nietos, se unían contra los hijos-padres y los desplazaban en cuanto a suposición, jerarquía y poder. Otro tipo de conflicto aparecía cuando hijos y nietos se unían, aunque juntos tenían más poder, pero no podían desplazar a los abuelos, quienes podían responder delegando responsabilidades a los nietos para descalificar la alianza, lo cual confunde a todo el sistema familiar.

Los conflictos bigeneracionales, presentaban a una madre que no podía delegar responsabilidades y se veía sobrecargada; o un padre o madre que utilizaban al hijo o hija para mantenerse unidos a su pareja triangulando la relación y sobrepasando los límites generacionales. En estos conflictos sobresalía el uso de la coalición, que era un proceso de acción conjunta de dos personas contra un tercero, con el interés de que éste último no participe en la relación. El

terapeuta estratégico utilizaba la coalición para intervenir bloqueando secuencias de interacción y modificaba el sistema.

Haley (1976) consideraba que la forma general de intervenir era hacerlo en etapas: la primera se refería a identificar la secuencia de conductas del sistema; después se fijaba un objetivo específico, por último, se proponía una idea nueva que iba de lo anormal, a lo más anormal, a la normalidad. La terapia implicaba cambios de la relación entre el terapeuta y sus pacientes, se trataba de un arte en el que el terapeuta se especializaba en ir de un tipo de relación a otro sin dejar de integrar un sistema estable, es decir, podía aliarse con los hijos, también con los padres, podía coaligarse con la esposa o con el esposo, y regresar a ser un miembro del sistema terapéutico, incluso al final del tratamiento debía ser capaz de promover la separación.

En el Modelo Estratégico se requería que el terapeuta fuera flexible y espontáneo en las intervenciones que realizaba, aunque también tenía en cuenta su experiencia en otros casos exitosos, es decir, combinar lo nuevo con lo probado. La primera entrevista era fundamental para este enfoque, en ésta, él o la terapeuta, se centraba en conseguir que la familia planteara el problema en términos operacionales, al tiempo que observaba las interacciones de los miembros, recopilando información sobre el tipo de comunicación empleada por el sistema, si le era posible en esta sesión se fijaba la meta terapéutica.

Una vez redefinido el problema y establecidas las metas, el terapeuta podía utilizar técnicas de intervención directivas, que de acuerdo con Galicia (2004) servían para: a) lograr que los individuos se comportaran de una manera distinta que propiciara en ellos experiencias subjetivas distintas; b) intensificar la relación entre clientes y terapeuta y diera a éste mayor estatus y jerarquía; c) obtener otro tipo de información que no se había proporcionado en la entrevista. Las directivas eran de tres tipos: 1) directas, con el objetivo de pedir al cliente que hiciera algo diferente a lo que había hecho hasta el momento; 2) metafóricas, pedir al cliente que cambiara, pero enviando el mensaje en historias, personajes, animales, conductas del terapeuta, actividades, etc.; 3) paradójicas, se empleaban cuando el terapeuta quería que los clientes se resistieran a su directiva y cambiaran. Las familias y los pacientes se resistían, pero siguiendo las enseñanzas de Erickson, en la terapia estratégica la resistencia se utilizaba a favor, como se observa en las técnicas en el cuadro 2.4.

Por otra parte, el Modelo Estratégico tenía la visión de la pareja conyugal como una triada, pues estaba definida en función de un tercero excluido o incluido. En la etapa inicial de un

matrimonio el tercero podían ser los padres de cada miembro de la pareja, en donde cada uno intentaba diferenciarse de su familia de origen. Cuando vienen hijos éstos formaban parte de sus vidas y se convertían en ese tercer elemento. El terapeuta, en el proceso, era considerado como otro personaje que triangulaba dicha relación; podía intervenir con la pareja, a través de uno de los cónyuges, o de un hijo, que había estado triangulado para evitar los conflictos entre los padres.

Cuadro 2.4. Técnicas para encarar la resistencia y ejemplificaciones

Técnica	Ejemplos
Aliento a la resistencia	Está muy bien si no hizo la tarea por estar atenta a sus hijos, a todas sus actividades.
Ofrecimiento de una alternativa peor.	Al adolescente: Puedes llegar a las 10 de la noche o tus padres pueden ir por ti a la fiesta a las 12 y media.
Cambio a través de metáforas.	Su relación de pareja es como esta casa que están construyendo, le falta reforzar las paredes para que el techo esté firme y cobije a sus hijos.
Aliento de una recaída.	Nos da gusto que se hayan podido comunicar esta semana, pero a veces estos cambios suelen durar poco tiempo.
Frustración de una respuesta para alentarla.	Se interrumpe una directiva y se retoma para obtener una cooperación espontánea.
Empleo del espacio y posición.	Podría sentarse en la silla de su esposa y por el resto de la sesión contestará como si fuese ella, con las palabras que utilizaría ella.
Énfasis en lo positivo.	El equipo quiere felicitarla porque esta semana respaldó a su esposo cuando él impuso el castigo a sus hijos.
Siembra de ideas.	A veces los hijos necesitan pasar por sus propias experiencias para aprender.
Ampliación de una desviación.	Esta semana no pelearon el jueves, algo muy distinto hicieron para que pasara de esta forma.
Amnesia y control de la información.	Un ejemplo es el uso de metáforas donde se plantea un mensaje que no es directo, o las indicaciones que se hacen cuando los sujetos están en trance hipnótico.
Despertar y desenganche.	Esta semana se va a equivocar a propósito, olvidar cosas que generalmente hace por otros.
Ciclo vital de la familia.	En ciertas etapas de la vida los esposos hacen cosas juntos para apoyarse, porque así se necesita en ese momento, pero con el paso del tiempo se van haciendo huecos porque esas necesidades desaparecen o cambian.

Haley (1989) observó que en algunos casos los hijos repetían, a través de una conducta problemática, la metáfora de la relación de los padres. El autor propuso una estrategia en la que el objetivo era que a) el hijo problemático renunciara a su conducta sintomática; y b) los padres renunciarían al sistema de interacción que les era útil, pero desafortunado para toda la familia.

Cuadro 2.5. Características de la intervención de familias con adolescentes problemáticos

Objetivos	Reorganizar la jerarquía para que los padres se encuentren en una posición superior a sus hijos.		
El terapeuta tratará de	<p>Los padres sean claros sobre lo que quieren del joven</p> <p>Deben llegar a acuerdos sobre lo que quieren y expresarlo en conductas lo más concretas y las consecuencias del no cumplimiento.</p> <p>Cada semana se revisa si el joven ha hecho caso o si ha desafiado a sus padres, cada vez se revisan y se fijan nuevas reglas.</p>		
Resistencia de los padres para redefinir la jerarquía y cómo tratarlo.	<p>Un progenitor comunica que el joven no está calificado para participar en la terapia.</p> <p>Que el otro progenitor no está calificado para estar en la terapia.</p> <p>Que el terapeuta no está calificado para hacerse cargo de la terapia.</p>	<p>Autoridad conferida a los expertos.</p> <p>Autoridad conferida al joven problemático.</p> <p>Autoridad conferida a otros parientes</p> <p>La autodefinición como inepto</p> <p>La amenaza de quiebre de la unidad parental.</p> <p>Porque para los padres el terapeuta no cumple con la edad, el sexo o título profesional. También pueden mencionar a otros profesionales que fracasaron.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Los progenitores se descalificarán para ocupar la posición de autoridad que sea validada por un tercero. Re-rotular el problema del joven de las etiquetas de enfermedad, trastornos o conflictos emocionales a mala conducta, necesidad de orientación, rebeldía, confusión y otras que sean un objetivo para resolver en terapia y que desafíen la anterior clasificación del problema. Ante la re-etiquetación los padres se descalificarán, ante las preguntas de ¿cómo hacer que su hijo les haga caso porque son una autoridad? Ellos dirán no lo sé, así que el terapeuta debe recordar cuáles son los objetivos por los que han venido y ser firme en su autoridad. No debemos confundirnos cuando muestran ignorancia de cómo hacerse cargo de su hijo, pues lo que quieren es que otro se haga cargo, y cada vez que eso pase debemos regresarles la batuta. En lo concreto se tienen que poner de acuerdo, las reglas, y el terapeuta pregunta con la intención de que tomen una posición por ejemplo ¿su hijo tendrá la obligación de llegar a las 11 pm? Ellos deben responder un sí o no. Cuando el terapeuta concentra en conductas concretas les es difícil a los padres evitar hacerse cargo, ej. quiero que sea feliz, ¿cómo espera que llegue a serlo? ¿qué tendría que hacer él y qué ustedes? No está a discusión la conducta del progenitor en el pasado. Los dos deberán trabajar en conjunto con el terapeuta para ayudar a su hijo. Se puede reformular la descalificación de un progenitor a otro, como “debilidad” por “sensibilidad” Pueden decir que no se ponen de acuerdo, entonces se les dice que la terapia es una nueva oportunidad con la guía del terapeuta. Si comenzaran una escalada de descalificación el terapeuta les pide que se dirijan a él, para evitar que suba de tono. También puede ignorar el mensaje descalificador como una señal de lo inapropiado que es. A veces los padres insinuarán que hay un secreto que develar, pero el terapeuta debe seguir concentrado en el objetivo de que los padres se hagan cargo de la conducta de su hijo. <ul style="list-style-type: none"> Responder a la petición de credenciales y continuar con la entrevista. No harán las tareas para descalificarlo y hablarán de otras cosas, por lo que tiene que usar tácticas para repetir y reformular el objetivo de la terapia, tantas veces sea necesario.
Casos excepcionales	Madre soltera	Se le pide a una abuela, tía o pareja que participe.	Se utilizan los mismos procedimientos que cuando hay dos padres. Pero si no hay un sustituto entonces el terapeuta cumple la función de discutir las reglas para llegar a acuerdos y límites para los hijos.

Para el terapeuta los pasos a seguir consistían en: 1. Asumir que el síntoma era una metáfora que reflejaba un problema y una solución desafortunada; 2. Preguntarse ¿cuál era la metáfora? ¿a quién estaba ayudando el niño?; 3. Cuestionarse ¿cuál era el sistema de interacción del síntoma del niño, de qué otro sistema era una metáfora; 4. Planear la intervención. Una serie de ejemplos de intervenciones, con los tipos de conflictos familiares mostrados, fueron descritas ampliamente en la obra *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* (Haley, 1976).

En el cuadro 2.5, se muestra el objetivo de la intervención cuando el caso estaba relacionado con adolescentes problemáticos, en los cuales se trataba de reorganizar el sistema para que de nuevo los padres tomaran el control, al hacerlo el terapeuta se enfrentaba con la resistencia y la descalificación de los progenitores (entre ellos), hacia el hijo y hacia el terapeuta, por lo que se comentaban varias estrategias para contrarrestarlo; así como la situación en la que sólo se contaba con la madre y el terapeuta tenía que apoyarla en la discusión de soluciones.

El Modelo Estratégico se caracterizó por su directividad, eclecticismo y la claridad del objetivo de la terapia: lograr el cambio. Pero fue cuestionado por la ética en su postura, con relación a la manipulación y uso de la información de los clientes. Al respecto Haley (1976) argumentó que los terapeutas debían reconocer que la terapia era una relación “pagada”, que en ningún modelo el terapeuta compartía todas sus hipótesis u observaciones con sus clientes; y que le parecía dudoso que el cliente alcanzara la autonomía si se le exponía a un enfoque comprensivo.

Coincido en que la intervención implica más o menos grados de influencia hacia el paciente, el contexto del consultorio ya es una situación que marca una distinción sobre otros tipos de relación. Sin embargo, una directividad excesiva puede llegar a hacer emerger un terapeuta omnipotente, ante lo que me parece que es necesario y enriquecedor, el ejercicio de la supervisión, cuando se trabaja bajo este modelo.

C. *MODELO DE TERAPIA BREVE*

Los antecedentes teóricos de este modelo, se encontraban en los conceptos de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y del trabajo clínico del MRI (Sánchez, 2000). Conceptos³ como homeostasis, retroalimentación negativa y positiva, autoorganización, circularidad, sistemas abiertos y cerrados, entropía, negentropía, equifinalidad y los axiomas de la comunicación humana, fueron la base para el desarrollo de éste modelo.

Un personaje que sobresalió fue Milton Erickson, quién contribuyó con el planteamiento de que cada persona tenía una estructura psíquica y social, en la cual se encontraba la capacidad de solución a los problemas que se le presentaban. A través de la hipnosis, este autor promovía o facilitaba que el cliente se pusiera en contacto con sus recursos y los utilizara para la solución del problema. Por otra parte, el Constructivismo, aportó los elementos sobre las realidades alternativas, como posibilidades de solución a un problema. Esta idea se sostenía en el argumento de que no existía una verdad única y absoluta, sino que muchas alternativas conviven armoniosamente (Neimeyer, 1998).

De acuerdo con Beyebach (2006), además de las influencias mencionadas, al modelo se agregaban los siguientes principios que regían la Terapia Breve:

- Se elegían las opciones más simples al interpretar y evaluar.
- Todos los clientes eran colaborativos a su manera.
- El terapeuta tenía la tarea de ayudar a las personas a solucionar sus problemas activamente.
- Existía una postura del terapeuta regida por la cordialidad, mostrarse como “no experto” “no saber todavía”, omnipartidista.
- Se enfocaba la atención en las excepciones, en los éxitos anteriores del cliente.
- Los procesos de evaluación e intervención eran simultáneos.
- Era importante tener presentes los objetivos del cliente, utilizar su lenguaje.
- La familia, como organismo, se consideraba parte de la solución.
- Para hacer Terapia Breve había que ir despacio.

³ Estos conceptos fueron descritos en el apartado 2.1 Análisis teórico conceptual del marco epistemológico. Como parte de los fundamentos que subyacen a los modelos terapéuticos que surgieron con enfoque sistémico, uno de ellos es el de Terapia Breve.

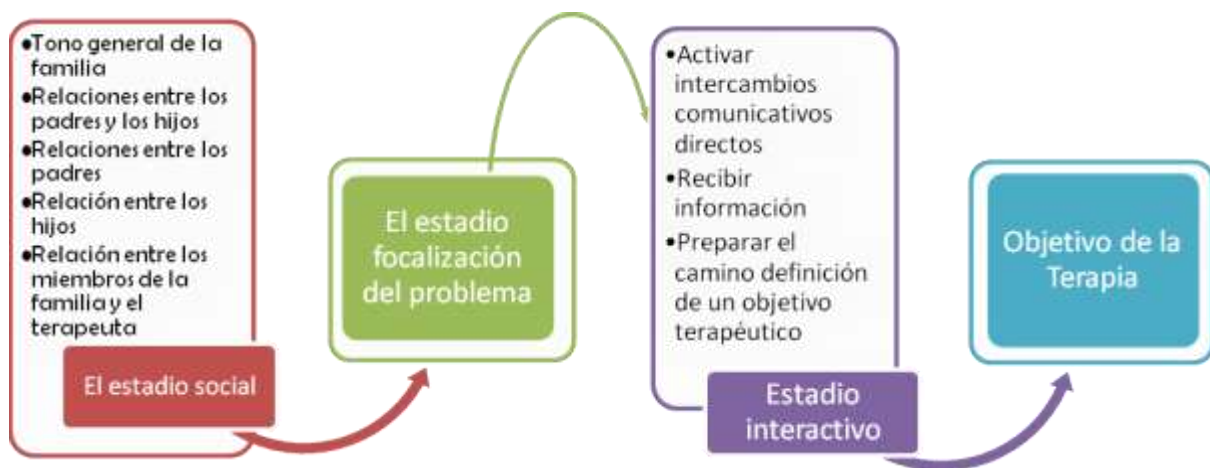
- El objetivo general del tratamiento era la co-construcción de nuevos contextos que generaban cambios.
- Lo importante era el cliente, su situación y la relación terapéutica.

A partir de estos conceptos, los terapeutas breves, consideraron que cada intervención producía un efecto; se concentraron en el significado que los clientes atribuían a una persona o hecho; se esperaba que los clientes modificaran su percepción de la realidad, que fueran capaces de reconocer que existían más alternativas que las que ellos han intentado; para lograr sus objetivos, desde la primera sesión terapeuta y cliente construían las metas a alcanzar; además, se establecían las formas en las que se podría verificar el éxito del tratamiento, a través de resultados observables y cuantificables (Freidberg, 1989).

La *formación del sistema terapéutico*, en el modelo Breve se diferenció de otros modelos porque se consideraba una interacción entre el terapeuta y el cliente, quienes construían de forma conjunta el problema en términos solubles (De Shazer, 1986), pues se trataba de un estilo cooperativo en donde ambos se dirigían hacia tareas específicas que les lleven al cambio.

Para lograr lo anterior, se sugería que en la *primera entrevista* se cubrieran ciertos requisitos; en la figura 2.3 se observa la propuesta hecha por Andolfi (1991), que mostraba los cuatro estadios en los cuales se el terapeuta se iba introduciendo al sistema familiar; comenzaba por explorar las relaciones entre e intra subsistemas y revisaba su propia relación con ellos, para ir enfocando la conversación en “el problema”, al mismo tiempo que promovía la interacción, preparaba el terreno para el planteamiento del objetivo terapéutico.

Fig. 2.3 Elementos de la primera entrevista por Andolfi



Una vez que se planteaba el objetivo, en forma conjunta con el cliente, el terapeuta llevaba a cabo el proceso de la *planificación*. De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1994), lo primero era establecer de forma clara ¿cuál era el problema?, para luego preguntar ¿cómo habían tratado de solucionarlo? , lo que permitía descartar esas posibilidades, y decidir ¿qué era lo que se debía evitar?; de esta forma se formulaban estrategias alternativas, evitando hacer “más de lo mismo”, y focalizando en acciones; además, se identificaba ¿cuáles eran las formas en las que cooperaba el cliente? lo cual daba pistas para la elaboración de tareas; y por último establecer las formas de evaluación o responder a la pregunta ¿la terapia tuvo éxito con relación al objetivo planteado?

Otras preguntas que podían ser útiles para la planificación eran: ¿qué conducta problema deseaba cambiar? ¿cómo nos daríamos cuenta que se ha logrado la meta? ¿qué tendríamos que observar en usted u otras personas para saber que obtuvimos el resultado esperado? ¿en qué contextos específicos deberíamos esperar que se presentara la conducta? ¿en cuáles no? ¿Qué cree que pasará con las personas cercanas a usted, una vez que haya logrado la meta? ¿qué elementos o situaciones podrían impedirle que se lograra el cambio?

De acuerdo con Budman (2004) quienes practicaban el Modelo Breve evitaban hablar de la curación del cliente, en cambio planteaban *la terminación de la terapia*, que ocurría cuando se lograba la meta terapéutica; algunas posibilidades para la terminación según Budman (op. cit.) eran: a) total, que a su vez se derivaba en que: el cliente decía que se cumplía la meta pero le inquietaba terminar la terapia; o donde no le preocupaba en absoluto; o los que se preguntaban si los cambios serían permanentes; b) parcial, en el que el cliente decía que estaba satisfecho pues cumplía parte de la meta; c) otras, donde se incluían problemas de dinero, horarios de trabajo, mudanzas, etc. En cualquiera de los casos se dejaba abierta la posibilidad de iniciar nuevos procesos de terapia.

Un aspecto fundamental fue el tema de *la ética*. Fisch (2004) comentó que desde esta postura el valor principal era la responsabilidad personal, agregó que el terapeuta estratégico usaba la manipulación para lograr ese objetivo mutuo y veía la realidad del cliente como diferente de la suya en vez de juzgarla como incorrecta o malsana. De esta forma, la principal norma ética de los terapeutas con enfoque Breve fue que la manipulación podía y debía usarse de manera humanitaria y responsable.

En la Terapia Breve se pueden distinguir dos tipos de aproximaciones Centrada en Problemas y Centrada en Soluciones (Espinosa, 2004); de ellas se desglosa el cómo se trabajará, qué tipo de preguntas y qué técnicas se utilizarán, así como la postura del terapeuta.

D. MODELO DE TERAPIA CENTRADA EN EL PROBLEMA

La elaboración de este enfoque se le atribuyó a Weakland, Jackson, Watzlawick y Fisch, en el MRI, aproximadamente en la década de los sesentas (Espinosa, 2004). Los objetivos que perseguían eran solucionar de forma rápida y eficiente los problemas que presentaban las familias, poner a disposición de otros terapeutas el modelo para que pudiera ser replicado por éstos, hacer investigación sobre los sistemas familiares.

Este tipo de terapia se distinguió porque consideraba que los problemas surgían por una solución ineficaz de un cambio en las transiciones del ciclo vital; es decir, todas las personas tenían dificultades, pero se transformaban en problemas cuando se trataban de resolver en formas que en lugar de disolverlo lo mantenían, entonces se convertían en crisis y situaciones que parecían no tener solución; otras formas eran que se negaba la existencia del problema, no se había hecho “algo” al respecto para solucionarlo, no se “podía” hacer algo, o porque se había dado un cambio en el nivel equivocado (Espinosa, 2004).

Por lo tanto, estos autores se centraron en comprender el problema, aunque sin hacer referencia a la patología, y consideraron que los clientes mantenían sus problemas a través de su conducta y de la interacción con otros significativos. Como hemos visto en la planificación, en el panorama general del Modelo Breve, desde esta visión se puso foco a las soluciones intentadas (Watzlawick, 1994), que posiblemente en una época solucionaron los conflictos, pero que al aplicarlas a otras situaciones, o a la misma pero en otro tiempo, se habían convertido en el problema. Por lo tanto, las intervenciones desde este modelo consistieron en que el terapeuta proponía soluciones alternativas y contrarias a las soluciones intentadas, buscando que las anteriores fueran abandonadas.

La técnica de reestructuración de Watzlawick (1994) se aplicaba para lograr este objetivo. Implicaba tener la visión de que la solución del problema dependía de la puntuación, es decir, cómo se observaba. Se trabajaba desde la realidad de segundo orden: los significados. Una vez en esta postura se buscaba la pauta del cliente ¿cómo resolvía el problema en la actualidad? Se creaban alternativas a la realidad del cliente, cambiar los pasos, el orden, la secuencia, evitar

repetir lo que no funcionaba. Esta técnica tenía las ventajas de que generaba cambios rápidos y eficaces.

Se intervenía sobre sólo un problema a la vez, con un promedio de 10 sesiones por conflicto; sus ventajas eran la sencillez, concreción y reducción al máximo de presupuestos e inferencias, ya que se trabajaba con él o los miembros más motivados para el cambio; hicieron una distinción en el lenguaje al considerar a las personas que quieren hacer algo para cambiar como “clientes” versus los “pacientes”, a las personas que presentaban síntomas.

Fisch, Weakland y Segal (1994) plantearon dos tipos de intervenciones, generales y principales; por otra parte Andolfi (1991) hizo una clasificación en técnicas de reestructuración, paradojas y metáforas; ambas perspectivas se resumen en el cuadro 2.6, en éste se observa que las intervenciones generales se recomendaban para cualquier momento de la terapia, mientras que las principales se sugerían cuando se tienen más datos del cliente, pues se requería de información que permitiera elaborar dichas estrategias. Existía un tercer tipo que eran las técnicas de intervención específica, que incluían el uso de paradojas, cuentos y metáforas.

Algunos ejemplos de las técnicas generales se utilizaban cuando se observaba exceso de cooperación y cambios rápidos de una sesión a otra, consistía en decirle a la familia que no tenía que apresurarse, los cambios lentos eran más sólidos y la mejoría podía ser transitoria, era recomendable ir despacio, antes de tener una recaída. Otra forma era discutir con el cliente que los cambios de conductas podían empeorar el problema, entonces se le animaba a seguir haciendo lo que hacía, llevándole al extremo para que los efectos le hicieran abandonar dicha conducta.

Cuadro 2.6 Técnicas utilizadas en Terapia Centrada en Problemas

Fisch, Weakland y Seagal		Andolfi	
Generales	El cliente no debe apresurarse Cuestionar los peligros de la mejoría Hacer cambios de dirección y discutir cómo esto empeora el problema.	Reestructuración	Contrasistémicas De contexto De desplazamiento Reelaboración sistémica Refuerzo Utilización del síntoma
Principales	Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Llegar a acuerdos mediante coacción Conseguir sumisión a través de la libre aceptación Confirmar las sospechas del acusador mediante autodefensa	Paradoja Metáfora	Del síntoma De las reglas Hablar o dar directivas de forma indirecta sobre temas fundamentales

En cuanto a las intervenciones principales, se podían utilizar cuando existían molestias o dolencias en el cuerpo; consistían en pedirle al cliente que controlara esas reacciones de su cuerpo; se sugería tratar las fobias con la técnica de “dominar un acontecimiento temido aplazándolo”, donde se le instruía al cliente a enfrentar su miedo, al mismo tiempo se le decía que se sabía que no tendrá éxito al hacerlo esta vez; otras de las técnicas se necesitaba que uno de los participantes aceptara someterse, temporalmente, en la relación para que se fuese aceptando el cambio del otro; así como que se asuma, por unos momentos, como el culpable para superar el conflicto y encontrar soluciones.

Sobre las intervenciones que propuso Andolfi (1991), se encuentran las reestructurantes, que a su vez se dividen en i) contrasistémicas, que consisten en pedir al cliente identificado cambios específicos, cuestionando la homeostasis; ii) marcar el contexto terapéutico para la conversación; iii) enfocar en otro miembro de la familia como portador de un síntoma o buscar algún otro problema para la familia; iv) reforzar los cambios que van existiendo, por pequeños que sean; v) utilizar los recursos de la familia y utilizar la alianza con el cliente identificado, con su síntoma para mover al sistema.

En las intervenciones paradójicas los objetivos eran interrumpir la secuencia sintomática, presentando una visión alternativa que explicaba cómo se producía el síntoma a la vez que se revelaba el juego familiar sin connotarlo negativamente. Se sugería utilizarlas sólo cuando se tenían datos sólidos sobre el juego de la familia. También, se prescribían cuando el cliente o la familia mostraban resistencia ante la intervención directa; o cuando argumentaban que les era imposible lograr cambios. Se debían evitar como castigos por no cumplir con las tareas no realizadas.

Una intervención metafórica era aquella en la que el terapeuta contaba una historia de la que el cliente tenía la tarea de deducir alguna consecuencia relacionada con su síntoma. Los objetivos eran: hacer obvias las estrategias de tipo racional del cliente; revelar a la familia su patrón de interacción; hacer que el cliente fuese quien descubriera la solución a su problema. Se sugería para los clientes que tendían a racionalizar la intervención, o como alternativa a técnicas directas y paradójicas que no habían funcionado.

Otro punto relevante, era el *papel del terapeuta*, que se podría comparar con la función que cumple un director de orquesta, pues su actitud en las intervenciones debía ser de guía, dirigiendo la entrevista y proponiendo las actividades, y tareas en casa, pero dejaba en libertad al cliente

para poder crear sus soluciones, y aprender que existen otros significados y conductas para resolver y enfrentar las dificultades.

El modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema era una opción que contaba con una serie de herramientas muy útiles para el terapeuta. Lo que destacaba, desde mi puntuación, es que poseía una estructura de trabajo muy clara y permitía organizar las sesiones al tener un objetivo definido desde el inicio. También presentaba una postura en la que el terapeuta podía maniobrar en distintos momentos y direcciones, siempre para lograr que el cliente coopere, es decir, se le considera activo y responsable en su propio proceso hacia el cambio.

E. MODELO DE TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

La Terapia Centrada en Soluciones también se derivó del trabajo del MRI, específicamente del Brief Therapy Project (Freidberg, 1989; Lipchik, 2004). Los nombres representativos de este modelos eran Bill O'Hanlon y De Shazer, éste último fue alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, y en 1982 creó en Milwaukee el Brief Family Therapy Center (BFTC), allí participaron terapeutas como Gingerich, Molnar y Kim Berg, quienes desarrollaron la idea de los clientes como expertos en su historia, pusieron el enfoque en encontrar soluciones versus la evaluación y el diagnóstico; plantearon que lo que se buscaba eran acciones positivas y deseables (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Este modelo se caracterizó porque sus autores llevaron al extremo la importancia concedida a los recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y pocas sesiones, de la terapia breve (Bertrando y Toffanetti, 2000, Espinosa, 2004).

Un antecedente que distinguió a este modelo fueron las aportaciones de Humberto Maturana y Francisco Varela, sobre la importancia del lenguaje como “un fenómeno que se produce en la recursión de interacciones lingüísticas: coordinaciones lingüísticas de coordinaciones lingüísticas de acción” (1987, en Lipchik, 2004, p. 44). Estos biólogos sudamericanos, también argumentaban que ante una interacción del sistema con elementos del ambiente, se producía una perturbación, pero cada sistema reaccionaría conforme a su propia estructura, así que era imposible conocer cómo se produciría un cambio, sólo que éste ocurriría en algún momento.

Se retomaron las posturas posmodernas, sobre el cliente como experto en su vida, y el terapeuta experto en la conversación (Bertrando y Toffanetti, 2000). Y del modelo constructivista se retomó el concepto de curiosidad de Cecchin (1987, en Lipchik, 2004) que se refería a un modo en que el terapeuta se mantenía abierto a lo nuevo, sin dejarse seducir por el principio de verdad.

A continuación se hace un resumen de los supuestos que subyacían a la Terapia Centrada en Soluciones, de acuerdo con algunos autores como Bertrando y Toffanetti (2000), Espinoza (2004) y Lipchik (2004).

- Cada cliente es único. Era importante comprender la visión que tenían los clientes de cuanto les sucede, mucho más que crearse una visión propia, basada en las nociones del terapeuta.
- Los clientes poseían puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a ellos mismos, el terapeuta debía facilitar que esos recursos salieran a la luz
- Nada era totalmente negativo. Para que se diera el cambio, era condición necesaria y suficiente que el cliente se comportara de modo diferente o viera las cosas de manera diferente.
- La resistencia no existía. Se daba prioridad a la cooperación.
- El terapeuta no podía cambiar a sus clientes, sólo ellos podían cambiarse a sí mismos.
- La terapia centrada en soluciones avanzaba a paso lento, paciencia para los terapeutas.
- No había causa y efecto.
- Las soluciones no tenían que ver necesariamente con el problema. No era necesario llegar a las raíces de un problema para encontrar una solución: podría además no existir ninguna raíz.
- Los problemas derivaban de cómo actuaban y reaccionaban las personas; no son sólo de un origen patológico.
- Las emociones eran parte de todo problema y de toda solución.
- El cambio era constante e inevitable: un pequeño cambio podía llevar a cambios más grandes.
- No se podía cambiar el pasado, de modo que debíamos centrarnos en el futuro.
- Las excepciones eran utilizadas como recursos.
- Los objetivos del tratamiento lo establecían los clientes.

- La duración de la terapia era variable, incluso podía ser de menos de 10 sesiones.
- La realidad la definía el cliente, el terapeuta coparticipa en su construcción.

Para Lipchik (2004), un elemento que distinguía a este modelo era el énfasis que se ponía en el clima emocional de la terapia. Para esta autora era indispensable promover y cuidar el clima emocional en las sesiones, tratar que los clientes sintieran la confianza, como “estar en el hogar”.

El punto anterior estaba relacionado con otro que hacía referencia a la importancia de la escucha. Lo más relevante era poner atención en cómo el cliente, en su historia de vida, ya fue capaz de resolver los problemas que se le presentaron en el pasado. El *timing* tomaba relevancia, pues aunque se consideraba una intervención breve, era el cliente quien tomaba la decisión sobre cuándo se encontraba preparado para hablar sobre las soluciones.

De acuerdo con Lipchik (2004), dos conceptos podían fundamentar la intervención del terapeuta: *la conversación transicional y el lenguajeo*. El primero se refería a que el terapeuta daba esperanzas al cliente, evaluaba el nivel de la motivación al cambio, se centraba en los pequeños cambios e identificaba los éxitos del pasado; el segundo, se trataba de un proceso en el cual el problema y las posibilidades de solución se iban entretejiendo poco a poco, en la conversación, formando una trama que finalmente representaba la solución para el cliente.

Lipchik (2004), propuso que el terapeuta trabajara sobre un pensamiento en dos carriles, que describió como una forma dual de estar en la conversación, y al mismo tiempo, retomar las sensaciones, pensamientos y emociones del terapeuta, que aparecen al estar en la sesión, el terapeuta se permitiría experimentarlos para retomarlos o reflexionarlos con miras a enriquecer el proceso, o de lo contrario dejarles ir y continuar con la conversación.

Otra característica del modelo era la aclaración de las metas terapéuticas, Lipchik (2004) comentó que los clientes llegaban con una necesidad de ayuda o un sentimiento de malestar, pero que una parte importante de la terapia era aclarar ¿qué es lo que esperaban que ocurriera en el espacio terapéutico? ¿cómo se daría cuenta de que algo ha cambiado? ¿qué tendría que modificarse para que el cliente notara diferencias? La idea central sería ¿cuál sería la meta para usted (en los términos del cliente)?.

Las preguntas tuvieron un lugar privilegiado para este modelo, en el cuadro 2.7, podemos observar las más representativas, donde lo importante era plantear las soluciones en términos de “y esto...y también lo otro” ya que, probablemente los clientes habían estado moviéndose en términos de “o bien tal cosa... o bien tal otra”.

Cuadro 2.7 Preguntas utilizadas para facilitar la emergencia de soluciones

Nombre	Descripción o ejemplos
La pregunta del milagro	Contenía un elemento característico de la terapia de soluciones que era la proyección hacia el futuro, o la construcción de posibilidades, hecha por el cliente.
Búsqueda de excepciones	¿en qué lugares el niño logra poner atención, aunque sea un par de minutos? ¿cómo logró usted que le dieran el trabajo? ¿qué hizo para que desapareciera el miedo a conocer nuevas personas? ¿quién más se ha dado cuenta de que las relaciones familiares han mejorado? ¿cómo ha sido distinta la relación con su pareja, de cómo se comunicaban hace dos meses?
La escala	Consistía en pedir a los clientes que sobre una escala del 1 al 10 ubicaran su situación antes de asistir a terapia, y luego donde lo señalaban en las últimas semanas; se agregaba la pregunta ¿hasta qué número quisiera llegar? ¿qué faltaría hacer para lograr que usted llegue a ese nivel?
Preguntas para transparentar la meta	Aclarar dudas personales, utilizar las preguntas circulares y traer los recursos del pasado.

Una de las técnicas que propuso Lipchik (2004) fue la devolución como *mensaje final* de la sesión, que debía contener: la queja y/o el problema expuesto por la familia; los antecedentes históricos de la situación actual; aspectos que los pacientes dijeron sobre su estado emocional; lo que los pacientes quieren que suceda, en sus propias palabras; los progresos realizados y los puntos fuertes existentes antes de la sesión. La utilidad de este mensaje era devolver al cliente lo dicho, generando una sensación de que fue escuchado cuidadosamente, se le invitaba a hacer sugerencias o devolver información que le fuese útil para elaborar sus propias conclusiones.

Este modelo me evocaba una imagen en la que dos personas caminaban en una cueva que parecía oscura y sin salida, cada uno poseía una linterna con una luz y potencia distinta a la que traía el otro, uno de ellos(as) alumbraba siempre al mismo lugar y tenía dificultades para encontrar un túnel que le llevara a la salida de la cueva, el otro(a) tenía una linterna que movía hacia distintas direcciones siempre tratando de buscar túneles que llevaran a caminos que a su vez llevaran a salidas (no creía que solo existiera una). Así los dos, al mismo paso, pero con diferentes herramientas, iban recorriendo los pasajes y a veces se detenían, otras iban muy rápido, hasta que en un trabajo de cooperación encontraban la salida más adecuada para quien parecía atrapado en las profundidades.

F. ESCUELA DE MILÁN

Mara Selvini Palazzoli, era una médico internista italiana que devino en psicoanalista al llamar su atención sobre la situación de mujeres adolescentes con anorexia, quien fue invitada por Framo a un congreso en Filadelfia en 1967, del cual quedó impresionada por el nuevo enfoque de terapia familiar. En Nueva York conocería a Luigi Boscolo y a Gianfranco Cecchin, dos psiquiatras de formación psicoanalítica (Bertrando y Toffanetti, 2000). Selvini regresó al viejo mundo con su maleta llena de ideas y herramientas que no solo utilizaría sino que transformaría, en conjunto con un excelente equipo clínico.

A su regreso de Estados Unidos, Selvini creó el Centro para el Estudio de la Familia, al cual invitó a trabajar a Boscolo, que había vuelto a Italia, sobre formas de intervención de terapia familiar y de pareja, Cecchin y Giuliana Prata se les unieron un año más tarde. En este primer momento la terapia que hacían era de corte psicoanalítico, a las familias se les hacían interpretaciones y se trabajaba con la transferencia (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Sin embargo, después de un tiempo al no obtener resultados, comenzaron a experimentar con nuevos conceptos. Selvini planteó que se podría hacer terapia con base en el enfoque sistémico, y advirtió a su equipo de colaboradores que se trataría de un cambio epistemológico (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989; Ochoa, 1995; Tomm, 1984).

El equipo de Milán, utilizó varios conceptos acuñados por Bateson y la escuela de Palo Alto, como el “doble vínculo” que aplicaron con sus pacientes para dar una explicación sobre cómo era que se comunicaba la familia con un miembro esquizofrénico; otro concepto fue el de aprendizaje y sus niveles, en donde ellos trabajaron su metodología en el primer nivel; Selvini (1990) explicó al respecto que se trataba de un proceso en el cual se probaba la efectividad de las intervenciones a través del ensayo y error, poniendo suma atención en las reacciones de las familias, lo cual les daba posibilidad para corregirse. Además, del MRI los milaneses retomaron una *visión y postura estratégica interventiva-prescriptiva*, y el uso de la paradoja terapéutica, aunque Selvini y compañía le pusieron su sello personal: la connotación positiva del síntoma (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

El equipo se asumió como un grupo que trabajaba completamente dentro del marco de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1968), incorporaron los conceptos básicos: *sistema, homeostasis, retroalimentación y autoorganización*; así como de la cibernética de primero y segundo orden, aplicados a la familia como un sistema abierto. Por otra parte, se podía observar

la influencia de Bowen, al que no se considera propiamente sistémico, pero que fue importante al aportar la mirada trigeracional en este enfoque.

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1978), en “*Paradoja y Contraparadoja*” mostraron su forma de trabajo y un modelo de las familias en transacción psicótica, producto de sus observaciones en la clínica. Utilizaban el lenguaje relacional, por ejemplo cambiaron del verbo “ser” al de “mostrar”, al describir las interacciones entre la familia. Se enfocaban en buscar pautas disfuncionales, esperaban encontrar el Ps o puntos nodales, donde convergían el máximo de funciones dadas para el mantenimiento de un sistema, en este caso una familia.

El procedimiento que sistematizaron implicaba la elaboración de una ficha telefónica y de sesiones divididas en cinco partes: i) reunión previa o pre sesión, en la que se generaba una hipótesis preliminar; ii) la entrevista con la familia que duraba unos cuarenta minutos y en la que se recopilaba información; iii) la discusión para la intervención o la pausa, en la que se elaboraba un mensaje paradójico hacia la familia; iv) devolución con la prescripción, en la que se regresaba a la sala y se leía los mensajes con tonos y posturas específicas que tenían un objetivo implícito; v) reunión para analizar las reacciones de la familia o post sesión, en la que se discutía el impacto de la prescripción y se planteaban otras hipótesis (Selvini, Boscolo y otros, 1978).

En 1980 el equipo publicó el artículo “*Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the sesión*” (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980) que significaría una de sus principales contribuciones para el movimiento de Terapia Familiar, en este texto ellos plantearon tres conceptos, que para fines explicativos se presentan separados, pero que interactúan todo el tiempo. El primer concepto fue el de *hipótesis*, que eran formulaciones o enunciados que tenían el objetivo de establecer un punto inicial para la investigación, que se derivaba de la información que se observaba de la familia entrevistada. La hipótesis servía de guía para el terapeuta, quien hacía preguntas con la finalidad de confirmar o replantear la hipótesis inicial. La redacción se realizaba en términos sistémicos, es decir, debía incluir las relaciones entre los componentes de la familia. Se trabajaba con la hipótesis que resultaba la más útil para el avance de cada familia (Selvini, 1990).

El segundo concepto era el de *circularidad*, que se entendía como la capacidad del terapeuta para solicitar información acerca de las relaciones entre los miembros de la familia, sobre las diferencias y cambios desde la visión de cada uno de ellos, generando que la escucha de

las respuestas de cada miembro, pudiera servir de retroalimentación para el resto de los que formaban el sistema familiar (Selvini, Boscolo y otros, 1980).

El tercer concepto fue el de *neutralidad* que se refería a la postura que adoptaba el terapeuta, que se mostraba al mismo tiempo aliado con todas y con ninguna de las personas que formaban la familia; lo anterior le permitía evitarla emisión de juicios acerca de uno o varios miembros de la familia, y concentrarse en conocer cuál era la función de cada uno respecto al sistema familiar (Selvini, Boscolo y otros, 1980; Rodríguez, 2004).

A principios de la década de los ochenta, Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata. Sin embargo, la producción teórica continuó proliferando, los varones orientaron su práctica hacia el marco teórico de la posmodernidad; mientras que las mujeres adoptaron la complejidad como marco de referencia. En el cuadro 2.8 se muestran las intervenciones creadas por el equipo de Milán, a través de distintos momentos de su práctica clínica y desarrollo de modelos terapéuticos.

En dicho cuadro, se observa que los objetivos iniciales de las intervenciones fueron transformándose en relación a los resultados de las investigaciones de los autores. Por ejemplo, en la época de *“Paradoja y Contraparadoja”* les interesaba realizar intervenciones en las que se ponía a todos los participantes del sistema en el mismo nivel, para cuestionar y definir las relaciones patológicas. Selvini y otros (1978), habían establecido algunas constantes que parecían caracterizar a las familias con un miembro esquizofrénico. Ellos observaron que en la primera generación o familia de origen de los padres, se conformaba un sistema en donde las soluciones a los problemas de convivencia se manifestaban mediante normas rígidas y repetitivas. En la segunda generación, de la pareja, aparecía la cautela en exponerse, por miedo al rechazo. Cada uno de los miembros entraba en la relación con el enorme deseo, intenso e insatisfecho, de recibir una confirmación.

Cuadro 2.8 Intervenciones del equipo de Milán (Selvini, et al. 1978; Boscolo et al., 1980; Fleuridas, Nelson y Rosenthal, 1986; Selvini et al., 1990; Selvini et al., 1998; Cecchin, Lane y Ray, 1992; Bertrando y Toffanetti, 2000; Umbelino, 2003)

<i>Etapa</i>	<i>Intervención</i>	<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Paradoja y contraparadoja	Paradoja Objetivo: Definir la relación y provocar a la familia hacia el cambio	Connotación positiva	Se trataba de marcar el contexto terapéutico con las siguientes condiciones: Poner a todos los miembros del sistema al mismo nivel. Expresar claramente que el síntoma mantiene la unión familiar. Validar las acciones de los miembros del sistema para mantener la estabilidad del grupo. Cuestionar cómo es que la estabilidad y cohesión del sistema es sostenida por sólo uno de sus miembros.
Hipótesis, circularidad y neutralidad	Interrogatorio circular Objetivo: Hacer emerger las pautas de interacción que sostienen el síntoma.	Prescripción del síntoma	Pedir al sistema que no cambie, pues hacerlo puede ser peligroso para cada una de las partes del sistema.
		Clasificación	Definición del problema Secuencia e integración Comparación o clasificación Intervención
		Tipo de pregunta	Sobre conductas interactivas Sobre diferencias o cambios en las conductas Sobre acuerdos y desacuerdos Sobre explicaciones y significados
		Secuencias temporales	Pasado Futuro Eventos hipotéticos
Juegos psicóticos en la familia	La prescripción invariable Objetivo: Delimitar la pareja parental y mover al hijo de la triangulación.	La prescripción del secreto	Requería de la colaboración activa de la pareja, para cumplir una serie de tareas que fomenta la comunicación directa entre ellos, mientras que marca el límite generacional con los hijos.
Muchachas anoréxicas y bulímicas	Objetivo: Comprender las causas y efectos en la familia, de la hija con el síntoma.	Identificar las necesidades de la joven Facilitar la autocrítica y la del contexto Cuestionar la relación con la madre y/o el padre	Se trabajaba de forma flexible en sesiones individuales (padre, madre, paciente), de forma paralela con sesiones de pares (madre-hija, padre-hija) o familiares
La posmodernidad	Curiosidad		Estado que libera al terapeuta constructivista, es un modo de mantenerse siempre abiertos a lo novedoso, sin dejarse seducir por el principio de verdad.
	Irreverencia		Postura del “consultor de sistemas”, versus terapeuta, que le permite alejarse de la ilusión de control, que le evita someterse a una sola teoría. Consiste en jugar con los niveles lógicos del lenguaje.

En la primera generación, la familia se había comportado como si dar una confirmación fuese un signo de debilidad, en la nueva pareja parecía necesario no dar confirmación para

mantener la autoridad, por lo que se usaba la descalificación mutua. De esta forma se llegaba a la tercera generación, en la que aparecía el síntoma y se identificaba un paciente; para quien la situación entre sus padres había sido tan insostenible que se mostraba como el enfermo, el diferente, extraño, el alienado. El equipo de Milán llegó a la conclusión de que las familias con transacción psicótica, participaban en juegos familiares no reconocidos, en estos juegos sus miembros se esforzaban unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas; de acuerdo con estos datos la tarea del terapeuta era poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

Más adelante, en el artículo “*Hypothesizing, Circularity, Neutrality*” se crearon categorías de preguntas, por definición del problema, secuencia e integración, comparación o clasificación, que a su vez podían preguntar por conductas, interacciones, opiniones, alianzas, disidencias y significados; que se ubicaban en el pasado o futuro, incluso planteando situaciones hipotéticas. La meta era generar cambios a partir de introducir cuestionamientos utilizando la puntuación. Algunos ejemplos sobre estas preguntas podrían ser: ¿Cuál considera que es el problema para usted? ¿Quiénes son los más interesados en cambiar? ¿Qué pasa con papá cuando mamá habla del problema? ¿Quiénes estarían de acuerdo en que el problema no tiene solución? Si el problema se solucionara en este momento ¿Quiénes serían los más beneficiados?

Después de la separación, Selvini y otros (1990), concentraron sus observaciones en las familias con psicóticos. En su obra “*Juegos psicóticos en la familia*”, explicaban que para llevar a cabo la prescripción invariable, era fundamental comprender dos conceptos: *el embrollo y la instigación*. El primero se refería a la relación que involucraba al paciente y a sus padres, se describía que el hijo se había instrumentalizado por un cónyuge contra el otro, como forma de reclamo sobre conflictos de la pareja, relacionados con la familia de origen. El síntoma aparecía cuando el hijo, privilegiado por ese padre o madre, intuía que era utilizado y que el afecto mostrado hacia él no era sincero. Como respuesta al síntoma, podría emerger un hermano que era auténticamente preferido por uno de los padres, lo cual complicaba las relaciones entre padres e hijos. En el caso de la instigación, se refería a que el paciente identificado estaba en coalición con otro miembro de la familia, para atormentar al padre con el que tenía la relación conflictiva.

En el caso de “*Muchachas anoréxicas y bulímicas*”, Selvini y otros (1998), mostraban una postura más flexible, distinta de los primeros tiempos en los que confrontaban a los pacientes. Se presentaban con apertura para conocer quiénes eran los que integraban una familia, de

preguntarse qué había generado una joven con trastornos en la alimentación; les interesaba comprender cómo sus personalidades habían estado condicionadas por determinado contexto social, así como reconstruir la historia, individual y colectiva, sobre cómo la familia había elegido mostrar su malestar a través de la anorexia o la bulimia.

Por otra parte, Boscolo y Cecchin se habían enfocado a la formación de terapeutas, puesto que habían observado que al enseñar a otros las técnicas de paradoja, los aprendices cometían errores y estos tenían que ver con arrogancia, la novedad de trabajar en terapia familiar y de querer imitarles como maestros (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989). Comenzaron a cuestionarse la utilidad de la noción de normalidad y de patología de los años anteriores, y se inclinaron hacia la flexibilidad y variedad en las intervenciones, tratando de trabajar para que las familias exploraran nuevas alternativas de solución sobre el síntoma (Tomm, 1984).

La influencia más notoria para este cambio se vio favorecida por su encuentro con Maturana y von Foerster en 1983, por invitación de Tomm a una conferencia en Calgary (Bertrando y Toffanetti, 2000), de quienes retomaron la idea de la perturbación de un sistema o que era imposible la interacción instructiva. También se movieron hacia el constructivismo y la noción de que la realidad era un constructo social, que las ideas acerca del mundo dependían del observador y no correspondían, necesariamente, con los sucesos y objetos (Bertrando y Toffanetti, 2000; Boscolo y otros, 1989).

Fue entonces cuando cambió su visión en el entrenamiento de terapeutas, y el objeto de investigación se dirigió hacia lo que llamaron el sistema significativo, que incluía todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activaban en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicitaba a los profesionales, que se declaran *sistemas observadores*. Era un abordaje en el que se aprendía a aprender, y donde el concepto de sistema familiar era inaplicable porque ya no se hablaba de unidades de tratamiento sino de ecologías del espíritu (Boscolo y otros, op. cit).

Finalmente, la historia de este modelo es apasionante, pues su propuesta se caracterizó por la investigación realizada a través de la intervención terapéutica, elemento que situaría al equipo de Milán a la vanguardia en la forma de acercarse a su objeto de estudio, y en la propuesta de que al hacer terapia se puede producir conocimiento al mismo tiempo que se innovaba en la elaboración de la metodología.

G. TERAPIA NARRATIVA

La Terapia Narrativa fue elaborada por Michel White, de nacionalidad australiana y graduado en trabajo social, quien se interesó y formó en la terapia familiar. Pero otros intereses le llevaron más allá del campo sistémico a generar su propia aproximación terapéutica.

Dentro de la biografía intelectual de White se contaban lecturas de Bateson, al cual escribió su agradecimiento por llevarlo a conocer el “método interpretativo”. Sin embargo, fueron autores como Jerome Bruner, Clifford Geertz, Jacques Derridá, Keneth Gergen, y sobre todo, Michel Foucault, autodenominado crítico de la historia de la modernidad, de quienes desarrolló sus ideas e intervenciones.

Foucault y Derridá, postestructuralistas, se caracterizaron por una nueva posición ante el conocimiento, éste no era únicamente conceptual sino textual. Este movimiento cuestionaba las estructuras sociales construidas alrededor del conocimiento, como los centros de poder y las jerarquías. Otra característica del posestructuralismo era la consideración de que los significados en el lenguaje estaban relacionados con el problema del poder; que aplicado a la salud mental se consideraba que “Si la palabra es constitutiva y si es posible subvertir la centralidad de sus significados, entonces es posible subvertir el poder de aquello que denominamos como patología” (Pérez Alarcón, 2002, p. 6). Es decir, al cuestionar los significados de las palabras era posible cuestionar aquellas realidades, las estructuras de organización social, con sus formas de normal-anormal, salud-enfermedad, y las jerarquías en que estaban organizadas.

Derridá consideraba que "el significado de las palabras no depende solamente de diferencias entre las características auditivas o visuales de las palabras... el significado de cada palabra depende de definiciones orales y escritas, formales e informales, en diversas ocasiones, en el transcurso del tiempo"(Gergen, 1996b, p. 151). Por lo que la propuesta de Derridá consistió en ubicar el significado dentro de un contexto histórico a través de una línea de sucesos que lo definía y explicaba, rechazando quedarse únicamente con el análisis formal del discurso.

Pero fue Foucault, el pensador que más influyó en el trabajo de White. El tema del poder y su relación con el conocimiento, fueron ampliamente utilizados en el modelo de terapia narrativa. La analogía del panóptico fue utilizada para explicar cómo era ejercido el control sobre los individuos sobre “su cuerpo, sus gestos, cada una de sus habilidades cotidianas. Que el poder, incluso teniendo que dirigir a una multiplicidad de hombres, sea tan eficaz como si se ejerciese sobre uno solo” (Foucault, 2009).

El panóptico era una estructura que por su forma circular podía tener al alcance de la visión a todas las personas que la habitaban, constituía una metáfora de la sociedad, en la cual cada individuo al sentirse observado por los Otros, evitaba conducirse de formas consideradas como inadecuadas, anormales, obrar mal o hacer daño; ya no era necesario castigar, pues cada sujeto estaba bajo la mirada vigilante de los demás, incluso él también funcionaba observando a los demás; por último, el mayor logro estaba en las miradas entre los individuos, cada uno terminaría por interiorizarla, por llevarla sobre y contra sí mismo, un tema que se abordará como el cuestionamiento de los discursos dominantes en la propuesta terapéutica narrativa.

White (2002b) escribió al respecto que existían discursos patologizantes que hacían que los profesionales de la salud mental eludieran su responsabilidad social, reteniendo su monopolio de poder sobre otras personas. Estos discursos eran utilizados para ignorar que los problemas de las personas eran consecuencia de ciertas prácticas de relación, que eran influidas por el individualismo característico de la modernidad. Para White, era importante ver que las dificultades de las personas, vistas como aberraciones, y no como formas de pensar y de vivir, encubrían la confrontación con la responsabilidad y complicidad de cada uno de nosotros en el mantenimiento de esas mismas formas de vivir y pensar que eran opresoras.

Bruner (1990) influyó sobre la terapia narrativa con relación en la importancia del papel explicativo de la subjetividad, cómo las personas crean y describen su mundo. El autor pensaba a las personas como textos, desarrolló los términos sobre el panorama de acción y el panorama de la conciencia, dos elementos que retomará White para desarrollar sus mapas de preguntas. El panorama de acción se refería a los hechos y cómo se desarrollaban en el tiempo; el panorama de la conciencia a las interpretaciones que los personajes hacen de los hechos, en el sentido de los deseos, preferencias, características, cualidades, motivos, finalidades y creencias que constituyen estilos de vida de los personajes.

White y Epston (1990) citan a Clifford Geertz, en relación a la analogía del texto; este autor argumentó que para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos la experiencia debía relatarse, y era precisamente el hecho de relatar lo que determinaba el significado que se atribuiría a la experiencia.

Gergen (1996b) y el construccionismo social, fueron retomados por los narrativos en la práctica de la terapia, en cuanto al contexto de los valores de los sujetos, ya que consideraban que era relevante preguntarse como terapeuta, qué era lo bueno o lo adecuado, en qué espacio, en qué

momentos y para quién. Esta postura socioconstruccionista generaba una conciencia de la realidad construida, de la verdad relativa, y planteaba que el trabajo terapéutico necesariamente implicaba una forma de activismo político y social. Lo que imperaba en terapia era la auto-reflexividad y la curiosidad ante las diferencias.

Para los narrativos el rol de terapeuta era muy importante, ya que implicaba una forma de estar en la relación con el paciente, que se definía como una concepción recíproca del proceso terapéutico, la cual se distinguía porque: “1) Reconoce y exalta la contribución de los saberes y habilidades de las personas al trabajo y la vida del terapeuta; 2) Contradice la idea de que las personas tienen deficiencias en sus saberes, habilidades y cualidades personales que sólo pueden ser abordados recurriendo a las habilidades, saberes y cualidades del terapeuta; 3) Nos embarca como terapeutas, en actos de significado que contribuyen a la generación de descripciones más ricas de nuestro propio trabajo; 4) Al hacerlo transgredimos el límite que tan a menudo se establece entre trabajo y vida” (White, 2002a, p. 169).

En estas condiciones las y los terapeutas eran invitados a reflexionar sobre los efectos que tenían los relatos de los pacientes sobre su trabajo y su vida privada. Algunas de las consecuencias posibles de estos relatos eran que el mundo del terapeuta se experimentaba con más riqueza, pues podían llevar las imágenes de esas personas y trasladarlas a otros contextos, de su vida cotidiana o profesional, para ponerlas a disposición de otros pacientes o de sí mismo(a); por lo tanto, les brindaba la oportunidad de explorar sus propios relatos, en aquellos lugares que eran desatendidos por ellos mismos.

Uno de los elementos centrales y que sirvieron de guía para las intervenciones de la narrativa fue la *deconstrucción*, que fue definida como un método que “tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas dadas-por-hecho: aquellas así llamadas ‘verdades’ que están escindidas de las condiciones y el contexto de su producción; aquellas formas incorpóreas de hablar que ocultan sus sesgos y prejuicios; y aquellas prácticas conocidas del self y de la relación que subyugan las vidas de las personas” (White y Epston, 1990, p. 27). Una definición más es la que dice que deconstruir es revertir jerarquías y relativizar significados (Pérez Alarcón, 2002).

La *externalización* fue una de deconstrucción de los relatos, que consistía en objetivar los problemas de las personas, lo que generaba un contralenguaje (White, 2004). En el proceso de externalización se alentaba al cliente cuestionarse ¿cuáles eran los efectos que tenía sobre sus

vidas el problema? ¿era posible que la concepción del cliente, sobre él mismo, fuese afectada por dicho problema? ¿cuáles eran las consecuencias sobre las interacciones y relaciones con otros significativos? En seguida se planteaba la pregunta sobre ¿cuál era el origen de estas ideas? ¿cómo el cliente las había integrado en su sistema de creencias? Cuando se lograba la objetivación, es decir, el poner fuera al problema, estas historias sobre la identidad de las personas aparecían extrañas a su identidad, dejando espacio para la exploración y elección de otras ideas preferidas, que paulatinamente eran incorporadas a su historia.

Para lograr encontrar las ideas preferidas, que mantenían el problema, e identificar los logros aislados e historias alternativas para solucionarlos, White (2004) propuso preguntas relativas al panorama de la acción y al panorama de la conciencia (Bruner, 1990). Respecto al *panorama de acción* se hacían preguntas que llevaban a que las personas ubicaran logros aislados en la secuencia temporal de sus relatos, las cuestiones podían referirse al pasado, presente o futuro. Algunas preguntas que guiaban la conversación eran ¿cómo logró enfrentar aquella situación problemática hace dos años? ¿qué pensamientos le ayudaron a encontrar una solución? ¿Qué actitudes o comportamientos fueron útiles para la confrontación? ¿qué discurso le pareció que dio resultado? ¿quién fue testigo (vivos, muertos, reales o imaginarios) de que usted logro enfrentar la situación? Son algunas alternativas para explorar.

En cuanto al *panorama de la conciencia* se buscaban plantear cuestiones que hicieran reflexionar a las personas sobre los significados que tenían los hechos o acciones, lo cual estaba relacionado con el panorama de acción. Algunos ejemplos de preguntas al respecto eran ¿qué dice de usted que prefiera las relaciones desapegadas? ¿qué podríamos pensar de usted cuando hablamos de los planes que tiene sobre viajar a otros lugares? ¿qué dice la historia que ha contado de lo que es importante para usted? Lo importante era traer la experiencia pero contado de una forma distinta, sacar a la luz aquellos conceptos alternativos del sí mismo, las formas de vida, de pensamiento. El papel del terapeuta era llevar al cliente a ubicar los relatos en un contexto y en la relación.

La escritura y la generación de *documentos* en la terapia narrativa fue un recurso que se utilizó a menudo. Tarragona (2003) consideraba que algunos de los beneficios de la escritura para el proceso terapéutico eran que permitía que emergieran otras voces o partes del cliente, enriqueciendo la conversación terapéutica y haciendo visibles las emociones experimentadas; se ponía énfasis en los efectos terapéuticos del texto, ya que leerlo en voz alta, revisar versiones de

nuestras historias, intensificaba los sentimientos expresados; además de que tener un público testigo de la narración daba la sensación de validación y aceptación. El acto de escribir tiene connotaciones culturales que lo asocian con eventos importantes y significativos, es decir, los hacen importantes; los documentos escritos podían crear un registro del proceso terapéutico.

Un tipo de texto eran los contra-documentos, o escritos que ofrecían otras descripciones de las personas, podían ser certificados, diplomas, constancias de los logros del cliente, cartas, notas textuales de la sesión, declaraciones, recomendaciones, predicciones, invitaciones, etc. (Tarragona, 2003).

En la Terapia Narrativa, existía un estilo particular del equipo reflexivo: como ceremonia de definición. En dicha representación, era vital la existencia de testigos externos, los cuales cumplían el efecto de rescatar lo dicho, de re-narrar lo narrado, en este caso por él o los clientes. En este sentido, las re-narraciones estaban orientadas “por los mapas de las conversaciones de re-escritura de la propia vida y por la idea de transparencia” (White, 2002a, p. 127).

White y Epston (1990) habían delineado la forma de estos mapas diciendo que una de las principales tareas de los terapeutas, como testigos externos eran las siguientes

- ✓ Estar informados por cierto grado de conciencia de la índole privilegiada de su posición en el contexto de este trabajo.
- ✓ Reconocer las experiencias que tenían las personas de los problemas por los que buscaban ayuda, de los dilemas que habían enfrentado y de las luchas que libraban en sus esfuerzos por cambiar lo que habían querido cambiar en sus vidas.
- ✓ Provocar la fascinación de la gente por algunos de los aspectos más negados de sus vidas, aspectos que podrían servir de punto de ingreso para la generación y/o la resurrección de las historias alternativas de sus vidas.
- ✓ Situar sus respuestas dentro del contexto de su propia experiencia personal, imaginación, propósitos, curiosidad, etc.

De acuerdo con White y Epston (op. cit.) era responsabilidad de cada uno de los terapeutas/testigos desde dónde se hacían sus comentarios, si alguien lo olvidaba, el resto del equipo tenía la obligación de preguntarle ¿cómo es que había llegado a dichas conclusiones? ¿cómo se ligaba con su experiencia profesional o vital?

Para finalizar este capítulo quiero hacer una narración sobre cómo conocí la Narrativa, sin saber qué era. Alguna vez, cuando cursaba la licenciatura en Psicología, me encontré con un

capítulo de un libro donde se exponía el caso de la mujer con intentos suicidas, que escuchaba voces que le ordenaban lastimarse y aniquilarse, la narración hablaba de que fue referida al terapeuta, Neimeyer, porque su anterior terapeuta dijo que no podía hacer más por ella. El nuevo le pidió a la mujer que le contara más sobre lo que ella escuchaba, y la animó a que cambiara la navaja, con la que se hacía cortes, por una pluma. Ella comenzó a escribir, primero de forma desorganizada, agresiva, incoherente, pero luego sus textos se transformaron en poesía. Sólo de esta forma, el terapeuta pudo comunicarse y entrar en el mundo de su paciente.

Para mí lo impresionante fue que en esta forma de hacer clínica se tomaban en serio las distintas voces de la mujer, se validaban al ser testigos de ellas, e incluso se les invitaba a hablar, al escribir. Traigo esta historia sobre mí porque me parece que lo que concluyo de la Narrativa es que toma en serio las narraciones de los clientes, Pérez Alarcón (2002) escribió que existen tres elementos inseparables en los procesos de comprensión y transformación de una realidad: el sujeto, los textos y los contextos. Yo retomo que hacer terapia desde la narrativa, ofrece al terapeuta una alternativa para trabajar con las personas, comprendiendo cómo se sitúan en el mundo, cómo lo conocen, cómo lo hacen suyo y de esta forma caminan en él, pero no olvida que están insertos en un contexto, en una realidad más amplia.

H. EQUIPO REFLEXIVO

Como parte de los modelos del enfoque sistémico y construccionista, el equipo reflexivo fue influido por la cibernética, la metodología sistémica, el constructivismo, el socio construccionismo y la fisioterapia. Andersen, psiquiatra noruego que trabajaba en hospitales de seguridad social, se relacionó con muchas de las personalidades que colaboraron en la construcción de la Terapia Familiar.

Andersen fue un asistente asiduo a los congresos y seminarios organizados por Boscolo y Cecchin; además intercambió experiencias y escritos con Lynn Hoffman del Ackerman Institute y Seligman y Cade, del Cardiff Institute; fue organizador de seminarios donde participaron Maturana, von Foester, von Glasersfeld, Goolishian, Anderson, Penn, Gergen, McNamee y Shotter, de todas estas influencias creó un modelo novedoso y propio (Beltrán, 2004; Bertrando y Toffanetti, 2000). Se pueden distinguir influencias desde Bateson, con la importancia de buscar la “diferencia que hace la diferencia”. De la cibernética Andersen se identificó entre la de primer y segundo orden, ya que los miembros que formaban el equipo reflexivo podían trabajar utilizando

las emociones que resonaban al escuchar la conversación entre terapeuta y paciente, o ubicarse con una distancia emocional que les permitía ser observadores del sistema y desde ese lugar ofrecer sus comentarios a los pacientes (Bertrando y Toffanetti, 2000).

De los construccionistas sociales Andersen retomó la importancia del lenguaje y la comprensión del significado como elementos constituyentes de la realidad (Beltrán, 2004). Al respecto, el creador del equipo reflexivo escribió que las palabras no eran inocentes “agarran y no sueltan el significado. Es así como las palabras que seleccionamos influyen sobre los significados que llegamos a encontrar” (Andersen, 1995, p. 6). El significado se buscaba en el discurso, pues esta postura establecía que lenguaje precedía al pensamiento, influyendo sobre la forma de estar en el mundo de las personas (Andersen, 1996).

Otro antecedente fue la Fisioterapia, la relación de la respiración y el cuerpo. Andersen (1994) utilizó la metáfora de la respiración y el ritmo de los pacientes o familias, como huella que identificaba a cada uno de las personas; otra imagen fue la del movimiento corporal, consideraba que frente a movimientos nuevos el interlocutor tendía a abrirse a la relación, pero prevenía de que ante movimientos radicalmente distintos las personas podían cerrarse a la interacción. Sugería al terapeuta estar atento al ritmo que le permitía ser novedoso y entrar en relación.

Por último, la aportación que retomó de Maturana y Varela, fueron las ideas de que cada célula se reconstruía en forma permanente, y del multiverso como ese espacio donde cabemos todos, con los significados y construcciones, formas de comprender el mundo y de ser comprendidos (Andersen, 1994). En el cuadro 2.10 se describen algunos de los conceptos que consideramos los más relevantes para la comprensión del equipo reflexivo. Con base en estos conceptos Andersen (op. cit.) sostuvo que lo que puede describirse u observarse estaba determinado por el observador, el cual generaba una visión distinta, de la que hacía otro observador, respecto un hecho.

Cuadro 2.10 Conceptos que fundamentan la práctica del equipo reflexivo (Andersen, 1994).

Concepto	Definición
Reflexión	“algo que es oído, aprendido y pensado antes de dar una respuesta” (p. 34)
Perturbación	También llamada alteración, si un organismo es perturbado por una situación puede actuar de dos maneras, protegiéndose y conservando su estructura, y si la perturbación es demasiado diferente respecto al repertorio del organismo puede desintegrarla.
Lenguaje	Contiene los significados del discurso, está integrado por ideas, descripciones, significados, requiere responsabilidad al nombrar las cosas, y es el material de la conversación.
Idea	“vislumbrar algo; podría ser vislumbrar una descripción, una explicación o un significado, o cualquier otra cosa” (p. 44)
Descripción	“un cuadro en movimiento, que contiene todas las cualidades correspondientes a los sentidos de la vista, el oído, el olfato, el gusto, el tacto y también las sensaciones de ‘adentro’ del cuerpo (los llamados estímulos propioceptivos)” (p.44)
Explicación	Entender el cuadro de la descripción
Significado	“es la base de cómo la persona se relaciona con la ‘cosa’ que describe y explica en términos de algún tipo de actuación... es algo más que la definición: es la definición más el componente personal del que define” (p.45).
Responsabilidad	Cada persona es responsable de las palabras que utiliza en su discurso
Conversación	“fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes” (p. 52).

La intervención del equipo reflexivo consistía en un grupo de personas que observaban y escuchaban atentamente la conversación de otro grupo de personas –terapeuta y clientes – que eran el foco de su atención y sobre el cual conversarían posteriormente, con ideas, observaciones y preguntas.

Esta forma de trabajo se comenzó a utilizar, según Andersen (1994) cuando éste y su equipo, en una sesión con una familia difícil encendieron la luz del otro lado de la cámara con espejo bidireccional. Lo que sucedió fue que se cuestionó la invisibilidad del equipo detrás del espejo, convirtiéndose en un espacio público en el que se entregó un producto sin acabar al cliente, que fue testigo del intercambio de ideas y escuchó distintas opiniones de los miembros del equipo (Beltrán, 2004; Ibarra, 2004).

En ese momento el vocabulario y la actitud del equipo terapéutico fueron distintos, se habló en un lenguaje cotidiano, sin términos especializados, etiquetas, de frente a la familia, quienes pasaron de una posición de habla a otra de escucha. Se dio lugar a la multiplicidad de visiones, todos presentaron su punto de vista, cada uno se consideraba valioso, no se buscaba consenso sino el intercambio de opiniones (Ibarra, op. cit.).

Andersen (1995, en Beltrán, 2004) sugirió algunas normas para el procedimiento de conversaciones reflexivas:

- Las reflexiones debían basarse sólo sobre el contenido de la conversación.
- Siempre se abría la posibilidad, para los clientes, de escuchar o no la conversación del equipo.
- Se debía evitar las connotaciones negativas
- Se pedía a los miembros del equipo que se miraran entre ellos, no a los clientes.
- Se pedía que los miembros del equipo evitaran hablar mientras escuchaban detrás del espejo.
- Se sugería que los comentarios fuesen breves.
- Se debía evitar dar instrucciones o consejos.
- Se sugería que los comentarios se relacionaran con la experiencia personal de los miembros del equipo.

De esta forma lo que comenzó como un cambio de escenario, pasar el reflector de la sesión del terapeuta-cliente al del equipo, se convirtió en un cambio de postura de todos los participantes pero sobre todo de la figura de experto, la cual se desdibujó para dar pie al intercambio de visiones distintas en un contexto local (Ibarra, 2004).

Andersen habló de los pre-entendimientos o juicios, lo que formaba nuestra subjetividad o forma de estar en el mundo, de observarlo. Me parece ésta la contribución más valiosa para mi práctica, pues cuando he trabajado con equipos terapéuticos, las discusiones han sido más provechosas cuando se muestra lo que cada uno puede aportar desde su puntuación, desde su experiencia clínica y personal, es decir, cuando se significa la diferencia como un recurso que enriquece, versus una limitación para continuar la conversación, pero lo que no dijo Andersen fue que el trabajo en equipo se trataba de una tarea que llevaría tiempo y requería paciencia.

I. TERAPIA COLABORATIVA

La Terapia Colaborativa fue influenciada por la posmodernidad (Anderson, 1997). La propuesta posmoderna en terapia ponía énfasis en las prácticas discursivas, a las que consideraba la vía de exploración donde las personas entraban en conversación, construyendo un tema como legítimo; se examinaban las premisas centrales y marginales de los discursos (McNamee, 1996).

La influencia del *Construccionismo social* implicó para este modelo definir a la terapia como un proceso relacional (Gergen, 1996a), el cual se caracterizaba por la flexibilidad, la conciencia de la construcción conjunta de significados, y la importancia de los valores culturales.

La flexibilidad se refería a considerar a las teorías como comunidades de sentido, las cuales se podían consultar para los procesos terapéuticos; sobre la conciencia de las construcciones se hablaba de la importancia de cuestionar los esencialismos sobre temas de la vida cotidiana, de la identidad, de las emociones, que permitiera generar conversaciones en las cuales se permitiera comprender cómo fueron llevadas a cabo estas construcciones.

Este modelo consideraba al terapeuta un experto en la colaboración, el cual se colocaba en una posición de *heterarquía* (Anderson, 1997) donde la relación entre los participantes era de igual importancia. Los valores adquirieron relevancia desde esta postura, abrieron la discusión sobre la posibilidad de los terapeutas de contribuir a la opresión, si se situaban en una posición de no compromiso o de “neutralidad”, pues cada una generaba consecuencias éticas y políticas. La influencia del construccionismo social en este modelo, sacó a la luz los objetivos sociopolíticos de la terapia, invitó a la reflexión crítica y la generación de diálogos en torno a esta cuestión, ya que cada tradición fomentaba ciertos valores y favorecía a cierto sector de la sociedad, la propuesta de los colaborativos era se expresaran las opiniones múltiples.

La creación de la Terapia Colaborativa se le atribuyó a Goolishian y Anderson, quienes habían realizado investigación en el campo de la Terapia Familiar, pero se separaron de la epistemología sistémica, a partir de una anécdota que cuenta Elkaïm (1996), quien escribió que después de la presentación de un video que mostraba la forma de trabajo de los terapeutas, éstos recibieron muchas críticas en desacuerdo y sobre todo porque parecía que no habían realizado ninguna intervención durante la sesión, entonces Goolishian se dirigió a Lyn Hoffman y le dijo que acababa de comprender que la cibernética no era una ciencia del entendimiento sino una especie de ingeniería basada en el control, desde ese momento comenzó a proyectarse como un convencido de la necesidad de renunciar a las analogías de tipo cibernético.

Una vez abandonada esta metáfora, su trabajo se tradujo en un esfuerzo por crear formas alternativas de hacer terapia, donde no se hablara de un modelo, intervenciones, sino de una *postura filosófica*. Desde este marco interpretativo, definió a la terapia como “una conversación/diálogo entre (en voz alta) y dentro de (en silencio) un cliente y un terapeuta... uso el término conversación dialógica, un proceso generativo mutuo en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de entender, explicar, puntuar las experiencias vividas” (Anderson, 1997, p. 155). Para Anderson las conversaciones se caracterizan básicamente en lo siguiente:

- Los participantes entraban en una conversación con un marco de referencia que incluía lo que traen de su vida cotidiana; por ejemplo, su identidad
- Cada conversación ocurría en un contexto, local (lo más inmediatamente personal) o universal (cultural, social, histórico).
- Cada conversación estaba engarzada, se convertía en parte de, influía y era influida por multitudes de otras conversaciones, pasadas y futuras. Una conversación no era un suceso aislado.
- Cada conversación tenía un propósito, expectativas e intenciones, a las que contribuían todos los participantes.
- Toda conversación en voz alta entre participantes incluía conversaciones silenciosas, internas de cada participante.

La construcción era conjunta, y se hacía a través de la conversación, que permitía indagar sobre los significados de cada participante. El terapeuta escuchaba en un proceso de *escucha-activa-que-responde* (Anderson, 1997). Esto implicaba conversaciones con sí mismo y con los otros, en conversaciones internas y externas, donde se utilizaba el lenguaje habitual, cotidiano, el que le era común y familiar al cliente, con sus significados implícitos, que eran más importantes que el lenguaje del terapeuta o del sentido que éste les daba. Por lo que la actitud y creencia del terapeuta era de “*no-saber*”, como una postura donde el terapeuta evitaba considerarse con acceso a información privilegiada, o de comprender totalmente a la persona; se evitaban las narraciones predeterminadas, de teorías, de la experiencia y de terapeuta como experto, éste tiene un saber sobre cómo y no sobre el qué del cliente (Anderson, 2008).

Un aspecto relevante de esta postura filosófica era mantener las diferencias, la multiplicidad de voces. Para Anderson (1997) *la familia* no existe, al menos no como un ente independiente de los individuos. La familia se convirtió en un sistema relacional, en el cual cada miembro de la familia tenía su versión y visión de lo que para él o ella representaba ese sistema, incluida la o él terapeuta. Lo que se promovía en las sesiones era que cada persona hablara de su experiencia, se evitaban los acuerdos o síntesis de todos los puntos expuestos, se buscaba hacer visible la diversidad de posturas y señalar que cada una era válida.

Para Anderson (1997) el sistema no creaba *el problema*, como se pensaba en otros modelos, era el problema el que producía al sistema. Los problemas estaban en el lenguaje y por lo tanto, el comunicarse sobre un problema iba creando al sistema, incluso la o el terapeuta

formaban parte de cada sistema, al ser convocados por el problema y conversar sobre éste en la terapia. Aunque para esta autora, era preferible hablar de *dilemas o situaciones vitales*, ya que la connotación de la palabra problemas le sugería la necesidad de soluciones. Su visión era *disolver* los dilemas en la conversación, ya que lo importante era el proceso por el cual uno habla acerca de algo, no su contenido, de esta forma se trataba de explorar el problema ¿qué significaba para cada uno? ¿dónde había comenzado? ¿cuál había sido su desarrollo? ¿cómo pensaban que debería resolverse? Eran algunos ejemplos de preguntas para iniciar la conversación.

Un punto de controversia con este enfoque fue *el diagnóstico*. Para los colaborativos evitaba y dificultaba el trabajo en la terapia, ya que el diagnóstico, oficial o no oficial, frecuentemente concretizaba las identidades que limitaban a la gente, creando cajas negras con pocas y oscuras salidas, formando obstáculos para otras posibles y liberadoras auto definiciones. Los clientes se convertían en prisioneros del diagnóstico, lo cual hacía el problema poco trabajable. El socioconstruccionista invitaba a preguntarse: ¿cuál era la intención del diagnóstico? ¿qué cuestiones eran creídas para ser respondidas por el diagnóstico? ¿qué información era obtenida a través de él? ¿qué elementos hacían necesario un diagnóstico? ¿qué comunicaban y a quién? ¿podríamos considerar la posibilidad de múltiples diagnósticos? ¿cómo podíamos colocar al cliente dentro del proceso? ¿cómo podía el diagnóstico ser entendido por todos los involucrados? ¿qué otros términos podían ser más útiles? Si rechazábamos los términos diagnósticos, ¿podríamos tratar de persuadir al sistema de ayuda para cambiar su nosología? ¿Cómo se hacía para que los multiversos pudieran coexistir? (Gergen, Hoffman, & Anderson, 1996).

Parte importante de la actitud del terapeuta era el *hacer público*, que para Anderson (1997) constituía una reflexión que respondía a la pregunta para el terapeuta ¿desde dónde lo estoy pensando?, ¿será útil para el cliente el contenido de mi conversación interna? La autora argumentaba que los terapeutas tienen una “agenda” donde se van registrando temas o ideas que se generan con la conversación, propuso que esta agenda estuviese abierta a compartirse con los clientes, al contrario de otros modelos donde se mantenía “oculta”.

Por lo tanto, existía una responsabilidad compartida, donde el terapeuta daba cuenta de él mismo, es decir, se hacía responsable de lo que le comunicaba al otro, manteniéndose al tanto de utilizar el lenguaje de forma cuidadosa, al mismo tiempo que confiaba y promovía que el cliente fuese partícipe activo de su proceso.

El modelo de Terapia Colaborativa, presenta una alternativa novedosa y radical de hacer terapia. La explicación de los supuestos teóricos es importante para comprender la forma de establecer la relación con los clientes, ya que no ofrece una serie de estrategias o técnicas de intervención, como lo hacen otros modelos. Esto implica que se abre una gama de posibilidades de creación de formas de “estar en la conversación”, siempre que se respete la subjetividad del cliente, se lleve a cabo una escucha activa del terapeuta y se esté pendiente de reiniciar la conversación que lleve a disolver los dilemas o situaciones de vida de las personas que consultan a los terapeutas con esta postura.

Me parece que esta aproximación responde a un sistema social más amplio, en el que se abrieron conversaciones sobre la diversidad sexual, de género, étnica, regional, religiosa, etc., que requería a terapeutas capaces de escuchar los nuevos discursos sobre la complejidad de las nuevas relaciones sociales; ante novedosas formas de expresar la subjetividad, era necesario crear terapeutas con visiones distintas de hacer terapia.

CAPÍTULO III

Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

En este capítulo se presentan las aplicaciones de la teoría y de los modelos terapéuticos de la Terapia Familiar a dos casos. De igual manera se exponen los reportes de las investigaciones de corte cualitativo y cuantitativo, dos productos tecnológicos y el reporte de la intervención comunitaria. Asimismo se muestra el resumen sobre la asistencia como ponente y participante de diversos foros relacionados con el campo terapéutico. Por último, se aborda el tema de la ética en la práctica profesional.

3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas

En los dos años de la Residencia atendí un total de 19 casos, 7 familias, 8 individuos y 4 parejas, de los cuales 10 fueron en la modalidad de coterapia. Los casos, sedes, motivos de consulta y número de sesiones se desglosan en el cuadro siguiente:

Cuadro 3.1. Casos atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar.

Sede	Terapia	Motivo de consulta	Sesiones
Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Familiar	Violencia familiar	12
	Pareja	Violencia en la pareja (Coterapia)	9
	Pareja	Violencia en la pareja (Coterapia)	1
	Individual	Infidelidad (Coterapia)	2
	Individual	Proceso de divorcio	8
	Individual	Problemas con hija adolescente	6
Centro Comunitario "San Lorenzo"	Familiar	Problemas con hijo adolescente (Coterapia)	6
	Individual	Problemas con hijos (Coterapia)	4
Centro Comunitario "Dr. Julián McGregor"	Familiar	Violencia familiar (Coterapia)	14
	Pareja	Infidelidad (Coterapia)	1
	Individual	Problemas con hijos adolescentes	15
Centro Comunitario "Los Volcanes"	Familiar	Hijo con depresión (Coterapia)	17
	Familiar	Problemas con hijo adolescente (Coterapia)	12
	Familiar	Hijo con problemas de atención en la escuela.	4
	Familiar	Hijo con problemas de conducta	7
	Pareja	Infidelidad (Coterapia)	4
	Individual	Pérdida de la memoria y alucinaciones	6
	Individual	Problemas con hija adolescente	2
	Individual	Enfrentar la separación de su nieto y enfermedad de su hija.	6

Como se puede apreciar en el cuadro 3.1, realicé mi práctica clínica en espacios que se caracterizaban por prestar servicios de salud mental a las comunidades en las que se encontraban enclavados. Las problemáticas que atendí con mayor frecuencia, estaban relacionadas con: la violencia familiar o de pareja, problemas asociados a las crisis del ciclo vital de la familia,

infidelidad, divorcio, duelo y depresión. Trabajé en tres modalidades de terapia: familiar, de pareja e individual.

En las siguientes páginas presentaré un análisis del proceso terapéutico de dos familias, aunado a mi proceso como terapeuta en formación, durante el transcurso de la supervisión. En los casos presentados utilizo seudónimos para la salvaguarda de la identidad de los pacientes.

3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

El sistema terapéutico total consistió en: la familia como paciente, los terapeutas a cargo en la modalidad de coterapia, en el primer caso los terapeutas eran una mujer y un hombre; en el segundo caso se trató de dos terapeutas mujeres; además el sistema se conformaba por la supervisora, la misma profesora en ambos casos, y el equipo terapéutico. El lugar de trabajo era un Centro Comunitario (CC), en el cual se atendió a las familias en los consultorios. Cuando las sesiones contaban con la presencia del equipo terapéutico, nos trasladábamos al salón de juntas del CC.

En el primer caso la supervisión se llevó a cabo en tres formas: 1) narrada, con la participación de supervisora, compañeras y compañeros terapeutas; 2) con el equipo terapéutico observando en directo; 3) con la participación de la supervisora, en 4 sesiones, con el objetivo pedagógico de mostrar las intervenciones propuestas en las discusiones del equipo terapéutico. En el segundo caso, todo el proceso fue observado en directo por el equipo terapéutico, se realizaba una pausa en la que los terapeutas hacían sugerencias sobre las intervenciones o elaboraban un mensaje final.

Ambos casos eran discutidos por los terapeutas, la supervisora y el equipo, en un espacio posterior a las citas donde se comentaban las intervenciones, las reacciones de la familia ante ellas; para expresiones de los terapeutas se daba un tiempo posteriormente, en el que se promovía la reflexión y el análisis de lo experimentado durante la sesión; para concluir se planteaban las líneas de exploración y/o intervención para las siguientes sesiones.

Caso 1

Datos del Sistema Terapéutico Total.

Terapeutas: Alma Vanessa Guzmán Díaz (sesión 1 a 16); terapeuta varón (sesión 1 a 12); terapeuta varón (sesión 13 a 16).

Supervisión: Mtra. Rosario Muñoz Cebada

Equipo terapéutico: Tres terapeutas mujeres (sesiones 13 a la 16).

Modelo de supervisión: Modelo Estructural y Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Nuestras características como terapeutas a cargo eran: una mujer y un hombre, alumnos del 3er. semestre de la Residencia, ambos con 29 años de edad, solteros, compañeros de clase y entre nosotros había una relación de noviazgo de un año. En este año se abrió el CC, como una sede de la Residencia de Terapia Familiar, inicialmente se abrieron dos lugares, mi compañero y yo fuimos la primera generación que trabajó en este espacio. A partir del cuarto semestre, se integraron tres compañeras y un compañero, que cursaban el segundo semestre de la Residencia. Fue con el compañero que la supervisora hizo el cambio en la sesión 13, argumentando que el terapeuta que inició con esta familia haría coterapia con otras compañeras, en una forma de aprendizaje que planteaba el guiar, en los nuevos casos, a los terapeutas recién llegados al CC.

La entrevista inicial se llevó a cabo por ambos terapeutas, a quienes se nos asignó el caso por parte de la supervisora, ya que en ese momento éramos los únicos que atendíamos familias, por la razón expuesta anteriormente. En el encuadre de la terapia, se estableció que estarían atendidos por dos psicólogos y alumnos del Posgrado, que una Profesora de la Facultad, estaría supervisando nuestro trabajo, incluso estaría presente en algunas sesiones sin previo aviso. La madre ya conocía a la supervisora, y que el CC era una clínica de enseñanza, pues el niño (PI), tenía un proceso terapéutico previo; por lo tanto, de parte de la familia no hubo resistencia o cuestionamientos al respecto.

La relación con el coterapeuta en este caso fue compleja. En la coterapia, la discusión y líneas a explorar no eran realizadas por nosotros dos, generalmente se realizaban sólo cuando la supervisora estaba presente, allí narrábamos las sesiones, ella nos hacía preguntas para aclarar intervenciones y hacía los señalamientos y sugerencias para la siguiente sesión. Yo me recuerdo colocada en un rol pasivo que seguía instrucciones, prefería que fuese él quien iniciara las intervenciones, luego yo las continuaba. Cuando la supervisora entraba mi participación se reducía aún más, en la segunda sesión en la que estábamos los tres como terapeutas, yo terminé la sesión con la sensación de que formaba parte de la familia, no de los terapeutas, a mi juicio los colegas no eran percibidos como iguales en jerarquía frente a los pacientes, sino ellos con un rango superior y yo con uno que no correspondía al lugar que estaba ocupando, es decir, como una terapeuta.

Mi rol activo estaba puesto en la relación con la familia, desde recibirlos en la sala de espera, indicar donde sería la sesión (pues tendía a depender de la disponibilidad de los espacios físicos del CC), así como a tener el contacto cuando llamaban para cancelar, cambiar cita o, ante nuestra necesidad de calendarizar nuevos días de atención. En estos momentos era cuando yo aparecía directamente, y el contacto era con los padres, pero en especial con la madre, que era la que hacía las llamadas para hacer los cambios en las citas. Ninguno de mis compañeros, los dos terapeutas varones tomaron esta responsabilidad, de relación directa con la familia; y la supervisora se dirigía a mí para que atendiera este asunto, yo me sentía más cómoda con esta responsabilidad y la aceptaba.

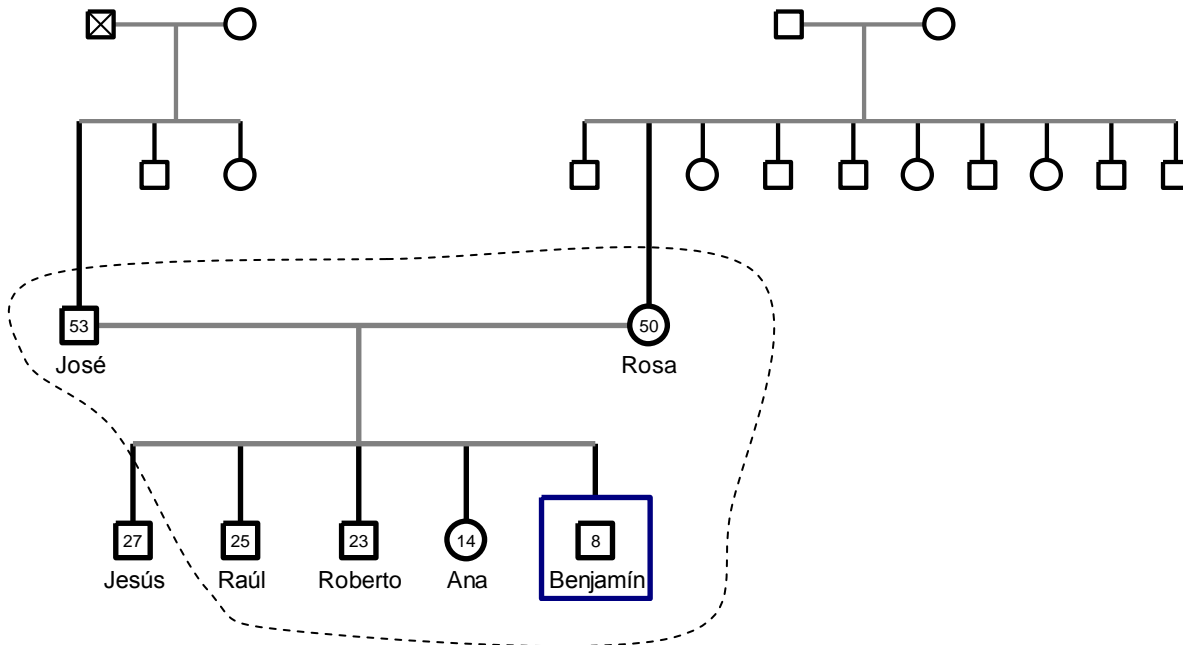
De acuerdo con mi punto de vista, se presentaron diferencias en el trato, en relación con el género de las y los participantes, terapeutas y pacientes; por ejemplo, la supervisora, yo terapeuta y la paciente reproducimos, y actuamos, con prejuicios sobre la especialización de las mujeres en la atención y cuidado de las relaciones, mientras que el primer coterapeuta interactuó a través de la ausencia, mientras que el segundo coterapeuta se mostraba con distancia emocional hacia la familia que atendíamos.

Como he precisado más arriba, el primer coterapeuta y yo, además de compañeros de grupo, sosteníamos una relación de noviazgo que había comenzado aproximadamente un año atrás, ya siendo residentes en la Maestría; la relación pasaba por un momento complejo puesto que había cambios en los compromisos que él adquiriría, yo no estaba de acuerdo pues el tiempo que percibía que él dedicaba a la relación se reducía cada vez más; entre nosotros se comenzó a dar un distanciamiento emocional que fue el inicio de una serie de rupturas, que se concretaron un año después con la separación definitiva. Inicialmente yo pensaba que la relación de noviazgo dentro de la Residencia no tendría repercusiones en el caso que atendíamos, sin embargo en el análisis que presentaré más adelante se podrán observar algunos elementos de resonancia, respecto a la relación y nuestros conflictos, que emergieron durante la atención a esta familia.

FAMILIA SÁNCHEZ

Se trata de una familia conformada por siete miembros. Los abuelos maternos habitaban en una vivienda a lado de la familia nuclear.

Familiograma



Datos de los miembros de la familia

Seudónimos	Parentesco	Edad	Ocupación
José	Padre	53	Negocio de instalación de sistemas de refrigeración
Rosa	Madre	50	Hogar
Jesús	Primer hijo	27	Trabajaba en el negocio del padre
Raúl	Segundo hijo	25	Trabajaba en el negocio del padre
Roberto	Tercer hijo	23	Estudiante de Licenciatura en Matemáticas UNAM
Ana	Cuarta hija	14	Estudiante secundaria
Benjamín (PI)	Quinto hijo	8	Estudiante primaria

Motivo de consulta: La prescripción de Terapia Familiar es indicada por la terapeuta de Benjamín, ya que observa que la problemática del niño está afectada por la dinámica familiar (el motivo de consulta de la terapia individual del niño fue que mamá lo observaba deprimido y el niño se negaba a asistir a la escuela). En acuerdo con nuestra Supervisora, que propone que el trabajo en conjunto, entre la intervención individual y la sistémica, podría tener efectos positivos para el proceso terapéutico del niño, es que iniciamos la Terapia Familiar.

Planteamiento y desarrollo del problema:

Se trata de una familia de 7 miembros, los hijos mayores se llevan aproximadamente dos años, entre el tercero y el cuarto hijo se llevan 8 años, luego al siguiente hijo había una diferencia de 6 años, lo cual ubicaba a la familia en tres etapas del ciclo vital de la familia: con hijos adultos, adolescentes y pequeños.

La familia ha vivido la mayor parte del tiempo cerca de los padres de Rosa. Cuando la pareja se une viven en una colonia distinta, en cierto momento surge la oportunidad de tener un terreno, en donde viven en la actualidad; como se trata de propiedades irregulares, José tuvo que ir a quedarse en ese lugar, después de un tiempo se mudaron su esposa e hijos, por último sus suegros llegaron a habitar una casa al lado de la familia. En el momento de la terapia, la construcción de la casa es de un piso, en una habitación se encuentra la cocina, en otra duermen la madre con Benjamín en una cama, Raúl y Ana en una litera; en otra habitación duermen el padre y Roberto, cuando duermen en casa. El hijo mayor no vive con la familia, al momento de comenzar la terapia, pues está recluido en un “Anexo”, en rehabilitación por abuso de alcohol y otras sustancias, y como una solución que los padres encuentran después de que comete robos a la familia; durante el proceso terapéutico Jesús cumple el periodo de internamiento, comienza a trabajar con su padre y visita con frecuencia la casa familiar, aunque no duerme en ese lugar.

José tiene un negocio propio, que le requiere viajar a otras ciudades, a veces por varias semanas, Raúl trabaja con él. Ellos representan la única entrada de dinero para la familia, cuando no tienen trabajo hay carencias, varias sesiones las posponen porque no están José y Raúl, o porque no tienen dinero para pagar la sesión y les “da pena asistir”.

Los Sánchez son derivados a terapia familiar por la terapeuta infantil del hijo menor, el cual tiene algunos meses en su proceso individual. El motivo por el cual Benjamín comenzó con terapia era que la madre lo veía deprimido y en el momento en el que comenzaron la terapia familiar el niño se negaba a asistir a la escuela, lo cual había preocupado tanto a los padres como a la terapeuta, quien consideraba excesiva la preocupación del niño hacia el tema de la muerte, como una posible ideación suicida. El niño ya había estado en terapia dos años antes, el motivo era que se negaba a separarse de su madre, entonces ella acudió a la misma Clínica, atendieron a Benjamín, en la modalidad individual pero con una terapeuta distinta a la que lo atendía cuando comenzamos la intervención familiar; después de unos 6 meses fue dado de alta al mostrar mejoría.

Inicialmente realizamos la evaluación de la familia, de acuerdo con los indicadores del Modelo McMaster, durante siete sesiones con los miembros de la familia, como un sistema observamos que:

Identifican los problemas en lo instrumental, la mamá expone en las sesiones que los hijos varones mayores no cooperan en los quehaceres de la casa, como lavar trastes o ropa, ante lo cual ella se percibe con sobrecarga de trabajo. No se identifican los conflictos en lo afectivo, como las necesidades de espacio, expresiones de cada uno; la forma de mostrar su cariño es a través de bromas, abrazos muy fuertes de los hermanos varones a la hermana, quien se queja de que no la respetan cuando dice que no quiere un abrazo o quiere estar sola.

La comunicación es indirecta pues pasa por los padres los cuales tienen la centralidad y la jerarquía mayor, el padre franca y la madre relativa; también es enmascarada porque se expresa a través del humor, la broma, el sarcasmo o el enojo. Los roles de género son tradicionales, la esposa se dedica a la crianza y cuidado de los hijos, y de la organización en el hogar; el padre de la provisión de recursos y de los asuntos que tengan que ver con lo público.

La distribución de las funciones es rígida, y en una visión de género tradicional, ya que la madre se hace cargo de los quehaceres del hogar y se dirige a su hija para que la apoye; mientras que los hombres adultos no cooperan, sus actividades son hacia el exterior, el padre y un hermano en el trabajo remunerado, el tercer hijo como estudiante universitario; el hijo menor, aunque varón, está asociado con las labores hacia dentro del hogar, orientado hacia lo femenino, débil, que tiene que ser protegido de las amenazas del exterior, en especial a través de mamá, que teme que al no cuidarlo le suceda lo que a su hermano mayor, quien se encontraba en rehabilitación por adicciones. En el mismo sentido, la crianza está a cargo de la madre, el proveer es una función del padre. No profundizamos en la gratificación sexual entre la pareja, pero se muestran distantes en las sesiones, sentándose separados, con los hijos en medio, al parecer han estado dedicados a ser padres, y han dejado en segundo término la pareja, visión que se confirma con la familia, al dormir en casa en cuartos separados.

La expresión de emociones de bienestar se presenta a través del humor, bromas, cosquillas, golpes o empujones entre los hermanos. Las expresiones de emociones de malestar como el enojo, el miedo y la tristeza se muestran a través de la enfermedad; el rencor al parecer en la distancia física en la que se colocan en sus interacciones cotidianas; la desesperanza, se percibe en la preocupación excesiva de los padres por el futuro de sus hijos.

Se observa ausencia de involucramiento entre el hijo mayor y el resto de la familia, quizá por la distancia a causa de su reclutamiento en un “Anexo”. El tipo de involucramiento entre el padre y los hijos varones parece narcisista, en el sentido de que el padre parecía proyectar su necesidad de éxito, esperando que sus hijos lo obtuvieran a través del trabajo y el estudio. El involucramiento entre el tercer hijo y el hijo menor, es de tipo empático, el hermano mayor cuida y enseña al menor. Existe sobreinvolucramiento entre la madre y la hija e hijo menores, pues los describe como “sus niños”, con edades de 13 y 7 años, respectivamente.

El control del comportamiento tiende a la rigidez, el padre dice que las cosas “se deben hacer bien a la primera” y que “no hay que decir lo que tienen que hacer dos veces”. La madre tiene la jerarquía mayor, aunque no franca, ella pone las reglas apoyándose en el padre que las hace cumplir; también se observa su centralidad, puesto que sus necesidades de atención a sus síntomas o a la compañía que requiere, movilizan al padre y a los hijos. El hermano mayor tiene significancia y centralidad en la familia, ya que la noticia de su adicción y los problemas asociados a esta situación, fueron percibidas por los padres como una ruptura en su historia, un antes y después que cambió las expectativas que ellos tenían de sus hijos, y un fuerte cuestionamiento de su rol parental.

Se observan coaliciones entre los miembros de la familia, por género y edad, en las que el padre y los tres hijos mayores se muestran como los fuertes, proveedores, responsables y protectores del grupo de los débiles y dependientes: mamá, hermana y el hermano menor. Emerge una alianza de los tres hermanos mayores contra la hermana, por el tema de la repartición de los espacios dentro del hogar. Se observa un sistema que tiende a cerrarse a la vida social, con pocos amigos, como se puede constatar cuando comentan que no les gusta asistir a fiestas, carecen de amigos entre sus vecinos y la mayor parte de la convivencia entre ellos es en el espacio del hogar. Las relaciones entre individuos se describen de la siguiente forma: el padre es más cercano a su segundo hijo, su hija e hijo menor; y más distante hacia su tercer hijo; es ambivalente hacia su esposa e hijo mayor. La madre es cercana a sus dos hijos mayores y al menor; es distante con el tercer hijo, y en conflicto con su hija.

La familia identifica que su problema es que el hijo menor se muestra deprimido, no quiere ir a la escuela y está “pegado a su mamá todo el tiempo”; sin embargo, en la exploración de la historia del problema emerge, en su discurso, la importancia de la situación de la adicción a las drogas del hijo mayor. Los terapeutas identificamos otros problemas: la familia se muestra con

un “ambiente depresivo”; se observa dificultad, entre los miembros del sistema, para expresar verbalmente emociones tanto de bienestar como de malestar; se muestra falta de individuación y autonomía de los hijos mayores. Al jerarquizar estos problemas proponemos que la prioridad es la depresión del hijo menor, con relación al ambiente depresivo de la familia, aunado a la preocupación de la terapeuta del hijo menor sobre el tema de la muerte como una posibilidad de ideación suicida.

Las principales fuentes de tensión de la familia en el momento presente son el anuncio de que el hijo mayor sale de la reclusión, la posibilidad de que el padre y el segundo hijo vayan a trabajar fuera de la ciudad. Los problemas estructurales están relacionados con la estructura de una “familia acordeón”, pues la dinámica familiar muestra cambios dependiendo de si los varones adultos están o no en el hogar. Los problemas de desarrollo, se observan en las dificultades de los hijos y la hija, para lograr los procesos de individuación y autonomía, que se reflejan en general en habilidades sociales poco desarrolladas o que dos de los varones adultos puedan socializar a través del consumo de alcohol, mientras que la hija y el menor muestran el síntoma de la depresión.

Los problemas culturales están relacionados con la marginalidad de la colonia en la que viven, en términos de distancia, pues se encuentra a la orilla de la ciudad, al parecer existen pocos espacios públicos para la recreación, el desarrollo de habilidades artísticas o deportivas; además la población está compuesta por habitantes “naturales” es decir que viven allí desde varias generaciones atrás, y los que llegaron a “invadir” predios, en estos grupos se encuentran divisiones, y aunque en la vida cotidiana interactúan, existen códigos que los mantienen apartados en relaciones más estrechas, como el formar parentesco; es pertinente recordar que la llegada de la familia estuvo relacionada con la invasión de predios, en consecuencia su integración a la comunidad, con la dificultad de los miembros de la familia para formar redes sociales de apoyo.

Los recursos que observamos en la familia: se muestran inteligentes, trabajadores y sensibles. El padre, la madre, los hijos mayores y el hijo menor se perciben cooperativos y motivados para continuar en el proceso de terapia familiar.

Nuestra hipótesis sistémica inicial es que Benjamín, al tener el síntoma, desvía la atención de mamá sobre los otros hijos, esto hace que puedan despegarse de ella, permite que Ana ya no sea la paciente identificada o sea que se deprima, que Roberto salga a estudiar, que Raúl y el

padre salgan a trabajar; que Jesús concluya su rehabilitación. A la vez, el síntoma atrae a papá porque se preocupa por Benjamín y se mantiene en contacto con mamá, quien continúa en la crianza de un hijo con mayor necesidad de cuidado; por último, el conflicto entre la pareja permanece intacto.

Consideramos el caso, para una intervención de Terapia Familiar, al conocer la historia del síntoma, que se ha identificado en dos de los hermanos y la hermana, a través de la adicción y la depresión; en el caso de la depresión se observó en ya tres generaciones, la abuela, la madre, pero cambia al hijo menor en la tercera generación. Por lo tanto, decidimos que un enfoque sistémico, sería conveniente al plantear que el síntoma tiene una función para mantener en equilibrio a esta familia, y que se ha transmitido a través de las generaciones.

En el plan de acción establecimos como *objetivos inmediatos*: cuestionar el síntoma y reencuadrarlo como un problema que es mantenido por todos los miembros del sistema. Los *objetivos mediatos son*: 1) que los miembros de la familia identifiquen sus emociones y logren expresarlas verbalmente; 2) promover la flexibilidad de los límites intergeneracionales, de género y hacia el exterior. Los *objetivos terminales* son explorar y buscar soluciones para el conflicto de pareja, el distanciamiento y disminución de la intimidad, que parece subyacer al resto de las problemáticas de la familia.

Resumen de la evolución del tratamiento⁴

En la *primera sesión* asisten los padres de Benjamín; el coterapeuta y yo hacemos el encuadre de la terapia familiar, indagamos sobre la composición familiar (ver familiograma); exploramos el motivo de consulta y ponemos enfoque sobre la definición del problema para cada uno de los asistentes. Para el padre el problema es que su familia no funciona “normalmente”, eso significa que sus hijos no hacen las cosas “a la primera vez” que él se las pide, entonces levanta la voz, cree que es él quien está mal. Para la madre el problema es que Benjamín está muy pegado a ella, se niega a ir a la escuela, lo cual no le gusta a ella, porque no convive con niños de su edad.

Los padres hablan del problema con su hijo mayor, narran que hace aproximadamente diez años, Jesús les confesó a sus padres que se drogaba, este hecho es descrito por José como “si se

⁴ La estructura de la descripción de las sesiones será: narración resumida de los temas tratados y las intervenciones realizadas, seguido de una reflexión (en cursivas) sobre lo experimentado por mí desde el rol de una terapeuta a cargo, asimismo hago propuestas de intervención alternativas, producto de la revisión del caso y que llevaría a cabo en la actualidad.

les cayera el mundo”. El padre agrega que los problemas en su familia son como “un nudo que se ha ido enredando”, por lo que retomamos la metáfora, para proponerles que se trabaje con toda la familia para comenzar a deshacerlo.

Este caso lo comencé a llevar a mediados del tercer semestre de la Residencia, en especial en esta sesión sentí cansancio, confusión y la sensación de tener mucha información, pero pocas herramientas para organizarla o conectarla; sin embargo, en un momento posterior me sirvió para elaborar una hipótesis sistémica. La supervisión fue narrada y al final de la jornada, se centró en organizar la información para plantear una hipótesis de trabajo para la siguiente sesión, así como para plantear qué datos no fueron explorados. Sobre la relación coterapéutica, en esos momentos estaba en buenas condiciones de comunicación, la serie de preguntas e intervenciones se mantenía equilibrada.

Para mí este caso significaba trabajar con una familia grande, multiproblemática, insertada en un contexto de marginación, lo cual complejizaba la intervención. En especial me sorprendió que una pareja con casi treinta años de convivencia se llamaran “ese señor” y “esa señora”, pues mi prejuicio era que a mayor tiempo de relación mayor intimidad, el que se llamaran de esta forma significó para mí, que existía una gran distancia emocional, otros datos que confirmaron esta hipótesis fueron emergiendo en sesiones posteriores.

En la actualidad, me arriesgaría a intervenir a partir de la información que iba presentando la pareja, por ejemplo cuestionando cómo habían logrado mantener tantos años “enredados” en el problema; o siendo irreverente para motivar a que los padres trajeran a todos los miembros de la familia, pero sobre todo para que el padre se comprometiera a hacer un lugar en sus ocupaciones, y asistiera a las sesiones. Una forma de lograrlo podría ser evocar su estilo “autoritario” y plantear que la familia es como un cuerpo, no es lo mismo si falta la cabeza o la mano dominante, o la vista, ¿cómo puede funcionar el cuerpo sin uno de sus elementos?

En la **segunda sesión**, sólo asiste Rosa, pues su esposo estaba trabajando fuera de la ciudad, la recibimos el coterapeuta y yo; nos centramos en la visión de la madre respecto a su familia. El coterapeuta se enfoca en indagar qué sucede con ella y su interacción con sus hijos, cuando José no está en casa. Ambos exploramos la historia del nacimiento de sus hijos menores, que ella narra que no fueron planeados, los vivió con rechazo y en momentos de conflicto con su hijo mayor. El coterapeuta cuestiona cómo fue para ella enterarse que su primogénito consumía drogas. Luego se enfoca en preguntar al respecto de la expresión de las emociones en la familia, desde la visión de la madre. Y por último, yo insisto en la importancia de que asista toda la familia. Por lo que las intervenciones están orientadas, principalmente, a construir la alianza terapéutica y definir la historia del problema, desde la visión de la mamá.

Para mí fue sorprendente que en la segunda sesión sólo viniera la mamá, aunque el padre había anunciado que no podría asistir en todas las ocasiones, no pensé que la

resistencia se presentaría tan pronto. Un poco de desánimo me invadió al inicio de la sesión; sin embargo, se convirtió en una oportunidad para explorar la historia de vida de esta mujer, en la cual conocimos una relación ambivalente con su propia madre, quien fue descrita como enfermiza y “siempre embarazada”, el rol de Rosa era de cuidadora de sus mamá y de sus hermanos desde edades muy tempranas, esta información me permitió comenzar a comprenderla de una forma integral, no sólo como madre.

En esta sesión aparece la resistencia del padre y de los hijos, dejando que sea la madre quien asista sola. Ahora me concentraría en el objetivo de motivar a la madre a invitar al resto de la familia, una intervención pondría foco e intensidad en el peso de la responsabilidad que el resto de la familia le deja a la madre, cuestionándola sobre ¿qué tan frecuente es que ella sola asuma o responda por los asuntos que implican a toda la familia? ¿quién se encarga de las relaciones? ¿quién cuida más a quién? ¿qué efectos en su salud se han generado a partir de sus responsabilidades?

Para la **tercera sesión**, asisten la madre, Roberto el tercer hijo, y Benjamín quien es el paciente identificado, en esta ocasión los atiendo sólo yo, pues el coterapeuta es asignado, por la supervisora, para atender a otro paciente en la misma hora. Inicio explorando cuál es el problema para los hijos; el mayor dice que se trata de que su “hermanito tiene mamitis”, y piensa que su padre estaría de acuerdo con él. La madre interviene definiendo a su hijo como “depresivo”, agrega que recuerda que su esposo jugaba con sus hijos mayores, pero no lo hace con los menores. Ubicamos, los pacientes y yo, el comienzo del problema a finales del ciclo escolar anterior, aproximadamente dos meses antes de la sesión. Cuando pregunto ¿qué sucedía en ese tiempo? Benjamín comienza a hablar de que “tenía un amigo”, pero que se había cambiado de escuela, en este momento tiene dos amigos, pero no se divierte como con el que se fue.

Entonces, la madre habla de que Benjamín no tiene permitido salir a la calle pues viven en un barrio peligroso, tampoco es costumbre invitar amigos a la casa o recibir visitas, lo que hace Benjamín es ver televisión, películas y jugar en la computadora. Les redacto un mensaje final, en el que resumo la sesión y pongo enfoque en la importancia de los amigos, los juegos; cuestiono cómo puede la familia ayudar a que Benjamín juegue más. Nuevamente invito a la sesiones a toda la familia.

Además, en esta sesión me siento irritada por la respuesta de Roberto, que minimizaba la problemática de su hermano, poniéndola en el nivel de capricho. Hay un momento en que me siento enojada ya que el niño esta abriéndose a comunicar las razones para el cambio de su conducta, pero los mayores insisten en interpretar sus cambios en los extremos de la simulación o la patología. Salir un momento de la sesión, para redactar el mensaje, me permite respirar, tranquilizarme y pensar en una devolución que remarque el discurso del niño, dándole importancia a su voz dentro del discurso de los adultos. En general, me sentí en libertad para realizar intervenciones que no me atrevo al estar en

coterapia, así como con facilidad para dirigirme al niño y a los adultos con naturalidad, que a veces me cuesta al tener que poner atención a la comunicación verbal y no verbal de mi coterapeuta, en esta ocasión estaba totalmente enfocada en los pacientes y mis reacciones ante lo que iba escuchando, me sentí concentrada.

En esta sesión es interesante que el niño es quien responde y da una explicación sobre el cambio que muestra, y que lo pone en la relación de amistad y diversión que pudo construir con un par en el contexto escolar, el cual podría significar un lugar seguro frente a la calle, a la que no se le permite salir. En la sesión en la que Rosa vino sola, habló de que ella consideraba segura la colonia donde vivía antes, y dejaba que sus hijos mayores salieran a jugar a la calle; para ella la explicación de que su hijo mayor se alcoholizara, drogara y les robara, estaba asociado a las “compañías” que había conocido en el nuevo lugar de residencia de la familia, parecía que el cuidado del hijo menor significaba una oportunidad para “corregir” lo que consideraba una falla en su rol parental. Poner enfoque en estas diferencias entre cómo se sienten dentro y fuera de casa, y los significados en la historia del origen del síntoma, me parecen estrategias que utilizaría en la actualidad.

Para la **cuarta sesión** asisten Rosa, Roberto y Benjamín. En esta ocasión les atendemos la supervisora, el coterapeuta y yo. La razón de que se conforme este equipo es que la supervisora considera importante modelar las intervenciones para los terapeutas en formación. Inicio con la revisión de la tarea, que consistió en pensar, entre los miembros de la familia adultos, cómo pueden ayudar a Benjamín para que juegue más, pero la familia no habla entre ellos sobre este tema y continúan definiendo al niño como depresivo. Al parecer esta etiqueta para el niño mantiene en equilibrio y unido al sistema familiar, parece mostrar el miedo de los adultos a enfrentar la vida en el exterior, un niño demasiado triste no “sale a jugar”, no tiene energía para hacerlo, se mantiene en el interior y a salvo de las amenazas del exterior.

Por lo tanto la intervención del coterapeuta se centra en cuestionar la realidad familiar respecto a la depresión ¿quién más se muestra depresivo? ¿se trata más bien de una familia que se muestra depresiva? O ¿de un ambiente depresivo en familia? Roberto y la madre dicen que sienten ese ambiente en la familia, a Ana la ven con tendencia a deprimirse, a Raúl a veces. Luego hablan de que la adicción de Jesús tuvo efectos en ellos, a Roberto “se le cayó su ídolo”. También se habló de que ellos se perciben solitarios y con pocas amistades, y se comparan con Jesús que es “el alma de las fiestas”. Yo le pregunto a Benjamín cómo escucha lo que decían su madre y hermano, él contesta “yo tengo más amigos que mi hermana”.

La supervisora explora la relación conyugal, Rosa dice que ella y su esposo están concentrados en los temas del hogar y los hijos, pero en lo superficial. Roberto dice que lo mismo pasa entre hermanos, respecto a la comunicación, pues entre ellos no se habla de lo que les

sucede. La supervisora utiliza la metáfora de las islas, donde parece que cada miembro de la familia está aparte en la suya. Roberto toma la imagen, la transforma y dice que es como “un iceberg que se partió en islas”. La sesión finaliza con la petición de la supervisora de que asistan todos los miembros de la familia, incluso con la propuesta de cambiar el horario para que la hija pueda venir.

La presencia de la supervisora en la sesión me resta concentración en la escucha y observación de los pacientes, ya que me divide en observar lo que me enseña y poner atención en lo que comunica, digital y analógicamente, cada uno de los miembros de la familia atendida. Otro efecto es que mi compañero se muestra con mayor confianza para realizar intervenciones, entonces yo me rezago, participo menos, me vuelvo pasiva ante lo que sucede en la sesión, me “hago chiquita”. Actúo una postura femenina tradicional, caracterizada por la pasividad, sumisión y silencio frente a la autoridad; esta forma de estar en la relación terapéutica me desagrada, quiero intervenir más pero me someto a la jerarquía de la supervisora y de mi compañero varón.

Pienso que el señalamiento que hace el hijo sobre la metáfora del iceberg es interesante pues parece representar una ruptura, un quiebre de las relaciones familiares que deja ver que hay algo más profundo, quizá asociado a los conflictos de la pareja, y que hace referencia a la frialdad en la expresión de los afectos. Por otra parte, me parece que faltó utilizar el elemento lúdico para integrar a Benjamín en estas representaciones de su familia, por ejemplo con el dibujo libre, el uso de plastilina, la caja de arena o títeres; que le permitan comunicarse en un lenguaje acorde a su edad y no en términos de un “adulto pequeño”, como es descrito por su padre y hermanos mayores.

La **quinta sesión** es la primera donde asiste la mayor parte de la familia, excepto Jesús que continúa en el “anexo”. Les atendemos la supervisora, el coterapeuta y yo, nuevamente por razones pedagógicas. La sesión se enfoca en conocer a los miembros de la familia que no han asistido, e indagamos ¿cuál era el problema desde su punto de vista? Después la supervisora pone énfasis en definir la meta terapéutica con la familia. Entonces los hermanos mayores dicen que el problema es que Benjamín se asusta y llora cuando su padre le habla fuerte, pero que ellos reaccionaban igual cuando eran pequeños. Ana dice que ella no tiene problemas con su padre. Preguntamos cómo es la relación de los hijos con los padres. Los primeros comentan que si quieren cosas se las piden a su mamá para que ella le diga a su papá, pero si se trata de permisos o decisiones lo hablan directamente con José. El coterapeuta explora cómo es la demostración del afecto entre la familia, el cual dicen que se hace a través de golpes, si el afecto es intenso el golpe es más fuerte. Entre los padres sólo se observan algunos besos “de piquito”, según los hijos. La supervisora les pide un cambio en los lugares de modo que los padres queden uno al lado del otro, ya que entre los padres se sienta Benjamín, a lo que acceden y responden sentirse “normal”.

Entonces la supervisora pregunta ¿sobre qué querían trabajar como familia? Primero bromean un poco con la pregunta, reflexionan y coinciden en que les gustaría “llevarse mejor entre ellos” y “platicar sobre lo que les pasa”. Retomamos la metáfora del “iceberg que se partió en islas” para plantear que en terapia pueden comenzar a construir puentes para visitar las islas de los otros. La supervisora realiza una escenificación, con el coterapeuta y conmigo, respecto a cómo el padre habla a sus hijos, a uno le grita pidiéndole que entregue unos documentos, a mi me pide lo mismo, de forma amable y agrega por favor. La reacción inicial de la familia es de atención y después de risa, dicen que así es su padre. José dice que no se dio cuenta de lo sucedido, lo cual es señalado por la supervisora.

En esta sesión mi sensación fue ser “otra isla” pero partida del iceberg del equipo de coterapeutas, ya que no tomaba mi rol de terapeuta a cargo, estando atenta al modelado de la supervisora y al mismo tiempo atreverme a intervenir desde mi propia creación, incluso con el riesgo de equivocarme. Mi opción estaba en aislarme, quedarme como una observadora de lo que sucedía, sin ponerme dentro de la sesión.

Hoy día una forma de introducirme al sistema sería usar metáforas; ya que ellos se comunican a través del registro verbal pero no directo y en lo no verbal, con mayor frecuencia. La broma y la risa son elementos que parecen relajarlos ante la confrontación del problema, así que un estilo menos formal de mi parte, implicaría una intervención que posibilite disminuir el ambiente depresivo o de enfermedad que puede dominar al sistema, y es un recurso con el que ya cuentan los miembros de esta familia.

En la **sexta sesión** asisten los padres, Raúl, Ana y Benjamín. Los atienden la supervisora y el coterapeuta, yo no asisto, pues acudo a un compromiso académico. Soy informada del contenido y proceso de la sesión a través de mi coterapeuta, quién reportó por escrito que: el papá comienza diciendo que no habían tenido pláticas en familia, hasta la terapia, que antes celebraban cumpleaños, luego lo dejaron de hacer. Los temas centrales son las discusiones entre los padres, en las que Rosa reconoce que hace enojar a su esposo para “ver quién gana”; y entre madre e hija por las tareas del hogar, pues Rosa le pide que colabore más, Ana dice que cuando hace algo en casa, su madre vuelve a hacerlo, por eso ha dejado de ayudarlo, agrega que ellas eran muy apegadas hasta que nació Benjamín. Cuestionan si sólo Ana tiene que ayudar en el hogar, y se les deja de tarea a los padres que platicuen con sus hijos para asignarles tareas, el objetivo es establecer jerarquía clara de los padres a los hijos, promover la comunicación y acuerdos entre los padres, disminuir la sobrecarga que tiene Rosa en las labores, distribuyéndola a los cuatro hijos y no sólo a la hija.

Séptima sesión, nuevamente asiste la familia con excepción de Jesús. Los atendemos la supervisora, el coterapeuta y yo. La supervisora comienza revisando la tarea, la cual no es realizada. Indaga los motivos por los cuales no logran realizar la designación de tareas en la casa. Los hijos responden que aunque participen en labores del hogar, su madre vuelve a hacer las cosas. José dijo que para él es difícil pedirles a sus hijos que hagan cosas, y piensa que a Rosa se le dificulta delegar responsabilidades. Otro tema que se trata es la formación de la pareja, José y Rosa hablan de manera muy general cómo se formó su pareja. José refiere cómo para él fue importante el que su madre haya aprobado a Rosa como una posible pareja. Rosa dijo que ella andaba tras de José. Casi para finalizar, la madre habla de que se le dificulta ver a sus hijos mayores como adultos. La supervisora les vuelve a pedir que realicen la tarea de organizar y delegar tareas domésticas a los hijos, poniendo énfasis en la importancia que tiene aprender sobre la responsabilidad, más allá de la obediencia, como lo señaló José. A Rosa, el coterapeuta le sugiere que podría instruir a sus hijos sobre cómo le gusta a ella que se hagan las labores.

Mi respuesta en esta sesión fue de confusión, ya que no estuve en la sesión anterior y me sentía fuera de lugar, pues se hablaba alrededor de “la tarea” que fue establecida por el coterapeuta y la supervisora, pero de la que yo no había participado, nuevamente una sensación de “estar pero no estar dentro” me invadió. Pero sobre todo experimentaba tres dificultades de integración con el equipo de coterapeutas: primero por la comunicación deficiente con el coterapeuta, pues no dimos un momento específico para analizar la sesión; segundo, yo colocaba en una jerarquía incuestionable a la supervisora otorgándole un poder absoluto frente a mi trabajo; tercero, percibía una relación desigual entre los coterapeutas frente a la supervisora, donde el coterapeuta mostraba más cercanía o afinidad con la supervisora. Me pregunto ¿qué habría sucedido si yo hubiese hablado de mis sensaciones y percepciones? ¿Hubiera sido deseable conversarlo entre el equipo de terapeutas? ¿qué efectos hubiese generado en el sistema terapéutico total? ¿quiénes de los pacientes se identificarían conmigo? ¿Qué temas se hubiesen abierto?

En estos momentos yo me concentraría en abrir la conversación sobre los estereotipos de género, al respecto de lo que “les toca hacer a las mujeres y a los hombres” en el hogar, introduciendo información sobre otras formas de organización en las familias, con el objetivo de promover la reflexión sobre los roles femeninos y masculinos en sus relaciones, en especial los padres. Esperando que las intervenciones tuviesen efecto, que las personas involucradas fuesen capaces de crear relaciones más equitativas.

La **octava sesión** transcurre con la participación de Rosa, Roberto y Benjamín. José y Raúl trabajan fuera de la ciudad. Los atendemos el coterapeuta y yo. A partir de este momento la supervisora considera que no es necesaria su presencia, con fines pedagógicos, y nos supervisará de forma narrada. Iniciamos con el comentario de Rosa sobre una cita que tuvo Benjamín con un

psiquiatra, éste le manda medicamentos, pero mamá decide que no se los dará. Yo exploro sobre el viaje que hace la familia al lugar de origen del padre. Rosa dijo que le aburre ir porque no pueden hacer nada desde que su suegra cambió de religión, hay ideas que no comparte con ella. Roberto dice que es un viaje obligado, pero que a los mayores ya no les gusta ir. Para Benjamín es divertido porque hay muchos niños con los que juega. Indago más sobre sus creencias religiosas, Rosa cuenta que ella se identificaba con el catolicismo, pero que cuando conoce a José, éste la lleva a “leer el Evangelio”; con el tiempo él tampoco sigue una religión y ella reflexiona en que no les ha inculcado una creencia a sus hijos.

Sobre la tarea de delegar tareas domésticas en los hijos se muestran logros, pues Rosa asigna tareas como hacer camas, levantar la mesa; en la cuestión de lavar la ropa lo sigue haciendo ella. El coterapeuta utiliza la pregunta de la escala, Rosa responde que de 0 a 10 ella había pasado a 1, explica que esto era un gran cambio, para ejemplificarlo narra que no hizo caso a los chantajes de su hijo Jesús, quien recientemente había salido de su reclusión.

Esta fue la primera sesión, después de varias, en las que me voy colocando en el lugar de terapeuta, probablemente porque los coterapeutas estamos trabajando en el mismo nivel de jerarquía. Yo me permito explorar sobre la historia de la familia respecto a sus creencias y las opiniones de los hijos al respecto. Domina el discurso de Rosa, quizá como reflejo de que se coloca en su jerarquía de mamá, lo cual es interesante en términos de relaciones de género, me surgen algunas reflexiones ¿qué tipo de autoridad promueve la participación y la conversación? ¿qué espacios y tiempos convergen con lo femenino? ¿cuáles con lo masculino?

Pienso que hubiera sido útil amplificar las diferencias que estaban apareciendo: Benjamín estaba pasándola bien, mamá se mostraba con “un” gran paso de seguridad para ordenar a sus hijos, quienes participaban en labores del hogar. Otra posibilidad, sería llevar la conversación sobre el ciclo vital de la familia, cuestionando en cuál se ubican ellos; esto podría comenzar la reflexión de que las edades de los hijos, requieren del desarrollo constante de habilidades por parte de los padres; por ejemplo, de comprender que los mayores pueden comenzar a hacerse cargo de sí mismos, mientras que los menores necesitan apoyo en distintas medidas; podrá señalarse que estas tareas pueden ser estresantes o agobiantes para uno o ambos padres, incluso haber limitado su desarrollo individual.

Para la **novena sesión** José y Raúl regresan a la ciudad y asisten con Rosa y Benjamín, les atendemos el coterapeuta y yo. El tema central es Jesús, los padres llegan comentando que él les dijo que bebió, a la par que les comunica que irá a vivir a “AA” para continuar su rehabilitación. El coterapeuta se enfoca en cómo han vivido cada uno de los miembros de la familia este hecho. Los sentimientos que aparecen con el evento son que Rosa se siente triste y culpable, José molesto, para Raúl es algo que ya esperaba. Benjamín dibuja durante la sesión, le pregunto qué

piensa sobre lo escuchado de su hermano, dice que “está bien”, y no agrega más, ni le insisto en que aclare a qué se refiere.

Yo reencuadro la situación de que Jesús volviera a beber, con el hecho de que toma una decisión y se atiende, mientras que los padres lo escuchan y respetan su elección. Al final de la sesión les doy un mensaje a los padres “se han mostrado buenos observadores de sus hijos, como lo demostraron con Jesús, pero que ahora que él estaba atendiéndose, les pedimos que utilicen esta observación hacia sus hijos menores, Ana y Benjamín, sobre qué efectos tiene en ellos la situación de su familia”. A los otros hijos los pueden observar también.

De manera semejante mi participación va en aumento, pero intervengo en isomorfismo con los padres, puesto que únicamente connoto positivamente la conducta de rehabilitación del Jesús, pero evito cuestionar las conductas delictivas que tienen efectos en cada uno de los miembros de la familia, como puede verse en la tristeza, culpabilidad, enojo e indiferencia que expresan los padres y hermanos del joven. Al reflexionarlo pienso que eran emociones intensas y añejas, que generaban un ambiente incómodo para mí, la salida fue convertirlo en algo menos molesto e igualmente poco eficaz para el proceso.

El dibujo que Benjamín hace durante la sesión tampoco es retomado, él lo hace y se lo lleva. Actualmente mi intervención se enfocaría hacia los padres ¿cómo se pueden comunicar con el niño?; yo llevaría el dibujo al centro de la conversación: ¿qué dibujaste? ¿quiénes son? ¿qué están haciendo? ¿qué hacían antes? ¿qué pasará después? Son preguntas que incluyen al niño en la narración del problema e invitarían a la conversación a los jóvenes y adultos, pero tomando dando valor a la forma de comunicación del niño.

En la **décima sesión**, asisten mamá, Roberto y Benjamín, les atendemos el coterapeuta y yo. Nos planteamos revisar los cambios que identifican, hasta el momento, los miembros de la familia que están en la sesión. Roberto da su opinión, refiere que su mamá es más "liberal", ahora les ordena "sin miedo" sobre labores a realizar. Habla de cómo la familia "se movió a hacer cosas", es decir, que cada uno se ha enfocado a hacer ciertas actividades: Raúl se propone bajar de peso y lo hace con ejercicio, su padre coordina la casa y sigue trabajando, Jesús decide ir a un centro de rehabilitación. Después de hablar de los cambios Rosa interviene y cuenta que Ana tiene salmonelosis y que la ve "más deprimida", describe a su hija como "bipolar". Evitamos retomar las etiquetas de la mamá, y le preguntamos a Roberto sobre su hermana, respondió que la ve igual, dice que la personalidad de Ana no es muy sociable y en su opinión su madre exagera.

Ante esta respuesta, Rosa dice que Benjamín se ve muy aburrido, y ella sigue viéndolo deprimido, teme que le ha pasado su enfermedad. El terapeuta cuestiona la realidad familiar donde Benjamín “piensa como un adulto”, y le plantea que aún siendo Benjamín "depresivo", no podría ser idéntico a su madre, también le señala que Ana es diferente a Rosa. Roberto interviene

mencionando que es difícil que su mamá entienda que son diferentes, Benjamín y ella, que no entiende que su hermano está en otro nivel, es un niño y le gusta jugar como los niños, que no es igual a Rosa. El terapeuta cierra la sesión pidiéndole a Rosa que reflexione sobre las diferencias entre los niños y los adultos.

En esta sesión estuve en desacuerdo en la intervención del coterapeuta, pues me parecía que trataba a la madre como si fuera una niña, reforzando su falta de reconocimiento de habilidades y evitando que ella tomara el lugar de adulta con responsabilidades diferenciadas de los hijos; sin embargo, yo no reconocí mi propia habilidad para ponerme en el lugar de terapeuta y hacer los señalamientos sobre la proyección que la madre ponía en sus hijos, que era la hipótesis que yo había construido.

Hoy día la intervención estaría orientada a desafiar las creencias de mamá sobre enfermedad y depresión de los hijos cuestionando ¿qué pasaría si eso que dice Rosa, de Ana y de Benjamín, la describiera a ella? es decir, si nos imaginamos que ella se percibe “deprimida, bipolar, aburrida”, si fuera así, qué dicen estas etiquetas sobre lo que siente, percibe, espera o piensa de ella misma, como mamá, como mujer, ¿de qué formas la limita o la acerca a ciertos aspectos en la familia?. Utilizar otro camino para hablar de ella, sin que lo haga a través de los hijos.

Onceava sesión, fueron los padres, Raúl y Benjamín a sesión. Les atendemos el coterapeuta y yo. Retomamos la tarea sobre la designación de tareas, lo que observamos es que mamá sigue atenta a la limpieza, los hijos se hacen cargo de sus tareas personales, y el padre solo les pide que realicen algunas extra. Rosa expresa su preocupación por el sobrepeso de Ana, por lo que se cuestionan las etiquetas “sobrepeso” y “bipolar”; Raúl comparte su experiencia de estar “pasado de peso” y sentirse inseguro, preguntamos ¿cómo lo que le sucedió puede ayudar a su hermana? Él responde que trata de acercarse, pero siente rechazo de Ana. José interviene para hablar de sus “dos camadas” de las diferencias, en cuanto a atención de su parte, qué les ha tocado a los mayores y a los menores. El coterapeuta señala, con el objetivo de definir fronteras claras hacia el subsistema fraterno, que aunque sean de distintas edades los hermanos comparten ciertas experiencias.

Rosa interviene y retoma su comentario donde Benjamín “siente” lo mismo que ella, el niño se mantiene atento y en silencio. José se muestra de acuerdo con su esposa y agrega que ambos son “muy sensibles”. En ese momento se cuestiona la construcción familiar sobre que mamá y Benjamín son iguales, incluso para sentir lo mismo. El terapeuta pide al padre que toque a mamá en el brazo, luego le pregunta al niño que diga qué sintió su mamá; el pequeño responde “no sé”. Continúa la intensidad sobre la diferencia entre “sentir lo mismo que mamá” y “ver triste

a mamá lo hace sentir triste al niño". Rosa refiere que comienza a entender cómo es que ella siente que Benjamín no puede "sentir" lo mismo que ella, pero que le es difícil notar la diferencia.

Mi participación fue más activa en esta sesión, pienso fue el comienzo de tomar el lugar de terapeuta a cargo, por lo que pude realizar intervenciones que complementaban las de mi compañero, o incluso que tomaban otras líneas de exploración. Al final de la sesión me atrevo a pedirle al esposo que trate como adulta a su esposa, lo cual fue un cambio radical de mi participación, hasta ese momento.

Ahora pienso que las intervenciones para esa ocasión, estarían dirigidas a cuestionar a los hijos: ¿cómo miran a mamá? ¿sensible? Para mamá las preguntas serían además de lo que ha narrado ¿de qué otras cosas se da cuenta? ¿qué más percibe de sus hijos? ¿cómo es sentir/mirar una mamá sensible? ¿de qué dan ganas? ¿cómo los aleja o acerca de ella? Pidiendo a mamá que escuche lo que ellos dicen al respecto, otra vez llevando a que se observe reflejada, que sea ella quien se construya como una persona autónoma ante los otros.

Para la **doceava sesión** van los padres, asiste Jesús y sus hermanos y hermana, pero no va Benjamín porque dijo a sus padres que "eran pláticas para grandes" y se aburría. Integramos al hijo mayor a la sesión.

Raúl cuenta que mamá pide que hagan algo y no lo hacen, también habla de que ella era "hipocondriaca" que lo que veía o escuchaba de enfermedades, les preguntaba si podía tenerlas. Papá y los hermanos comentan que esto les lleva a no hacer caso cuando ella dice sentirse enferma. El coterapeuta usa las construcciones de la familia sobre la forma de utilizar el humor negro y los contactos físicos bruscos para comunicarse, en ocasiones para descalificar las peticiones que se hacen entre ellos. Jesús interviene diciendo que lo que sucede es que su madre "no ha entendido que sus hijos ya crecieron y que necesitan su espacio". Mamá agrega que ella ya lo ha comprendido, pero le preocupan los más pequeños.

El terapeuta pone foco e intensidad en la expresión de los afectos entre los miembros de la familia. Yo tomo el ejemplo de un conflicto entre Ana y Raúl, donde la hermana no le gusta que su hermano la abrace "tan fuerte", él responde que ella exagera, pues hay veces en que ella acepta sus abrazos. Ana dice que a veces sólo quiere tener su espacio. Yo señalo a la familia que al parecer los sentimientos se demuestran físicamente y que la intensidad en que lo hacen puede molestar a algunos miembros de la familia, por ejemplo a Ana. Propongo la metáfora de los letreros, de cómo cada uno puede usar un letrero que diga cuándo y cómo quieren recibir afecto, ellos se ríen, Raúl agrega que de todas formas le daría un fuerte abrazo a su hermana.

Me sentí un poco incómoda en la sesión, porque había mucho ruido, a veces no escuchaba bien, estaba algo cansada, creo que por lo largo que ha sido el caso y que los

cambios en el sistema son lentos y pequeños; hubo varias veces que sentí que tenía que alzar la voz para que me escucharan, si hablaba en mi tono común, que es muy bajo, mis preguntas no eran escuchadas. Ahora pienso si alguien más de la familia se sentiría igual, me propongo ser más atenta a “sutilezas” para utilizarlas en las sesiones.

Al revisar nuevamente la sesión, pienso que ahora retomaría el señalamiento de dos miembros de la familia sobre “necesitar espacio”, con el objetivo de que con el discurso de cada miembro de la familia vaya emergiendo frente a ellos cómo es que la familia se aglutina o mantiene distancia y para qué les ha sido útil hasta el momento. Por ejemplo preguntaría ¿qué espacio consideran que hay entre ustedes? ¿pueden mostrarlo físicamente en la habitación? ¿cómo se siente cada uno con esa distancia? Actualmente ¿qué aspectos de la familia puede estar demandando esta distancia? En el pasado ¿qué espacio tuvieron cada uno? En el futuro ¿qué espacio necesitan cada uno respecto a los otros? Al observar los movimientos que han hecho ¿cómo se van sintiendo? Cuestionar ¿puede ser que Benjamín ha declarado la necesidad de su espacio al no asistir en esta ocasión? ¿cómo cada uno(a) ha pedido (verbal o no verbalmente) su espacio a los otros?

Entre la última y la siguiente sesión el sistema terapéutico presenta movimientos. El primero es que se cambia al terapeuta varón, por otro terapeuta varón⁵; además, ahora se encuentran observando la sesión en directo, tres terapeutas mujeres, formando un equipo terapéutico con el que se realizará una discusión post sesión. Los modelos de intervención, Estructural y Breve centrado en soluciones, continuaron vigentes, la supervisión narrada permanece para esta etapa; lo que se modifica es que se realiza una discusión postsesión⁶ con el equipo.

Esta modificación ocurre en el cuarto y último semestre de mi estancia en la Residencia, cuando ya estoy habituada a que observen mi trabajo; sin embargo, esta vez hay tres diferencias que marcan mi relación con el equipo: 1) yo tengo un año más de formación en Terapia Familiar; 2) conozco la forma de trabajo de la supervisora desde un semestre anterior; 3) es un equipo formado por mayoría de mujeres, cinco contando a la supervisora, versus dos varones. El efecto que tiene en mí es de “la hermana mayor”, un rol que tengo en mi familia de origen, pues me posiciono en una jerarquía mayor, de experiencia y cercanía con la supervisora; por lo tanto, me facilita la relación y discusión con ellas, por primera vez en el transcurso del caso tenía cierto poder por mi posición, en las siguientes sesiones reflexiono sobre los efectos que tuvo en mi desempeño.

La **décimo tercera sesión** transcurre con la presencia de los padres, Jesús y Raúl. Al iniciar, ambos terapeutas damos algunos minutos para explorar la opinión de la familia ante este cambio; es el padre quien expresa que “los cambios siempre eran buenos”. A partir de esta respuesta

⁵ La supervisora realizó el cambio por motivos pedagógicos, ya que el anterior coterapeuta y yo llevaríamos, por separado, casos con compañeros de 2º semestre anteriores al nuestro (4º semestre).

⁶ En este espacio se llevó a cabo la supervisión de las sesiones 13 a la 16. Como resultado de la organización de la agenda de las citas en el Centro Comunitario, esta discusión se llevaba a cabo al final de la jornada, estaban presentes supervisora, coterapeutas y las tres observadoras.

retomamos el tema de la demostración de afecto dentro de la familia, especialmente en la pareja. Rosa habla de que las formas de demostrar afecto se heredan, describe que en su familia son “secos, cortos”. Para Raúl el afecto se demuestra con acciones, para Jesús se trata del gusto de ver a las personas. Para José la forma de demostrar afecto es “no lastimando a los otros, no crearle problemas y no hacerla sufrir”. Rosa expresa su temor de abrazar a sus hijos, que se refiere a que al abrazarlos la rechacen. José comienza a decir que él no rechaza a su esposa, ella se ríe y dice que cuando ella lo abraza, él no devuelve el abrazo. Los hijos comienzan a reír, Raúl narra una vez cuando su mamá “abrazó un árbol”, ella aclara que fue porque bebió y peleó con José.

El terapeuta pide una demostración entre padre e hijos, sobre cómo son las “luchitas” entre ellos; José dice que los deja ganar, aunque ahora le ganan porque es viejo. Habla de que con Jesús se ha distanciado, no le cree cuando le dice que lo quiere. Luego dice que se siente tranquilo de saber que su hijo está sin beber o drogarse. El terapeuta les señala a los padres cómo eligieron su asiento, conversamos sobre qué hace cada uno cuando el otro quiere acercarse. Entre el terapeuta y yo, les pedimos que cuando hablen lo hagan de forma que se dirijan uno al otro, muestran dificultades para lograrlo, voltean constantemente y se dirigen a nosotros, cada vez les indicamos que volteen a ver al otro. Al final de la sesión, el terapeuta les invita a la reflexión de lo que observaron en esta ocasión.

En esta sesión, para mí el efecto del cambio es de desconcierto y confusión, me falta tiempo para asimilar y acomodar la forma en que el coterapeuta lleva la sesión, es decir, tomar mi lugar en este nuevo sistema que se estaba conformando. El ritmo para intervenir es más acelerado, mi percepción es que pasa de una a otra intervención, va de explorar a señalar a hacer interpretaciones, pero no para a hacer la reflexión con los pacientes, lo que para mí es importante.

Aun cuando la dinámica de la sesión introdujo frescura y abrió posibilidades para el proceso, ahora me parece que en ese momento yo me habría dado tiempo para equilibrar mi ritmo con el de mi coterapeuta, plantearía ¿alguien más se siente confuso o desconcertado con el cambio?, puesto que es papá el único que verbaliza su opinión al respecto, pero ¿es la opinión del padre la que se impone en este sistema? ¿qué piensan los demás? ¿están de acuerdo con el cambio? ¿es frecuente que la palabra del padre les represente? ¿esta situación ejemplifica las diferencias de género? ¿lo hace dentro del sistema familiar? ¿es una resonancia que se observa entre los coterapeutas (hombre y mujer)? ¿el equipo terapéutico (formado por mayoría de mujeres)? ¿quizá en la institución en la que se atiende a esta familia? Es preciso recalcar que estas cuestiones aparecieron como consecuencia de la reflexión del proceso, emergiendo en mí la visión sistémica de las interacciones, que en ese entonces me era difícil detectar.

A la *décimo cuarta sesión* asisten José, Rosa, Jesús, Raúl y Ana. Les atendemos el coterapeuta y yo, el equipo está presente. El coterapeuta comienza hablando de la reflexión final de la sesión anterior; yo les señalo que cuando discuten los padres comienzan con un tema, uno opina y el otro dice lo contrario, pasan por varios temas y se desvían de donde habían comenzado, generalmente los hijos quedaban en medio. Las discusiones también son entre Ana y Raúl, ella se enoja porque su hermano la molesta. Raúl dice que él no la molesta, explica que es su forma de acercarse, pero que a veces ella lo rechaza. Entonces yo cuestiono cómo para esta familia el miedo al rechazo hace que se demuestre el afecto a través de la broma, y que las señales de cuando uno se puede acercar al otro parecen confusas.

Para el padre sus hijos son descritos “como perritos de dos tamaños” y que él siente que no ha puesto orden para que los grandes no molesten a los pequeños, agrega que Benjamín ha cambiado, ya no llora con las bromas. Yo pregunto sobre las necesidades de Ana, los hermanos opinan que ella pide objetos materiales, ella interviene y defiende que necesita sus cosas y su espacio. Rosa habla y dice que se ha dedicado a su hogar y al cuidado de sus hijos sobre todo al mayor y al menor, ahora siente que había descuidado a su hija, quiere acercarse pero teme que la rechace, mamá piensa que sus hijos y esposo no entienden a Ana. El padre contesta que sí la entienden, yo señalo la pauta: cuando uno opina el otro dice lo contrario, entonces los hijos quedan en medio, hasta que olvidan qué era el problema inicial. El coterapeuta hace otro cambio de lugares, los padres quedan uno al lado del otro. Él les propone que la siguiente sesión solo asistan los padres, explica que parece que hay temas que sólo incumben a la pareja, que será conveniente que los hijos no estén involucrados o que no tienen para qué enterarse.

En la lectura de las notas del caso en esta sesión y la anterior, reflexiono sobre mi cambio de postura, al parecer me siento segura y voy tomando el lugar de terapeuta; con el coterapeuta actual me muestro con mayor iniciativa en las intervenciones, complemento o cambio la línea de exploración en el curso de la sesión. También las mujeres de la familia toman la palabra, se escucha su voz al expresar lo que necesitan y cómo se sienten, mamá e hija, entre ellas y hacia los varones. Me pregunto si la presencia de otras mujeres en el equipo terapéutico tuvo efectos en mi seguridad, para intervenir, como en las pacientes para comenzar a hablar de lo que querían expresar.

Es interesante que para el final de la sesión, se enfoca la atención en la pareja, lo cual es una petición del terapeuta varón, yo no me opongo. En otra época mi postura cambiaría a solicitar la supervisión del caso, con la presencia de la supervisora y del equipo que estuvo observando, con el objetivo de plantear las dificultades en la pareja pero de coterapeutas, asimismo abrir la conversación hacia el tema de la colaboración y la competencia, me permitiría sugerir la complementariedad entre él y la terapeuta, como

ejemplo de modelado para mostrar a la pareja de pacientes la posibilidad de interacciones distintas a las que ellos (y nosotros) nos habíamos relacionado hasta ese momento.

La **décimo quinta sesión** asiste Rosa y José. Les atendemos el coterapeuta y yo, con el equipo terapéutico presente. El coterapeuta se enfocó en la relación de pareja, sobre sus discusiones, pero ellos comienzan a hablar de los problemas con sus hijos y el terapeuta se los señala. Entonces él indaga en la historia de la pareja, del problema del hijo mayor, de las enfermedades de Rosa, ella expresa que se siente “aplastada”, el terapeuta la toma como una metáfora de su rol central en la familia; ella responde que la sensación ha cambiado y expresa que actualmente puede hablar con su familia de lo que le sucede. Esto abre la posibilidad de que ambos hablen del significado de ser pareja, en el que coinciden que está relacionado con “ser padres”, con el cuidado y provisión de los hijos.

El terapeuta explora sobre qué hacían antes de ser padres, qué les gustaba; Rosa dice que le gustan las fiestas y bailar, José no sabe bailar. Recuerdan que hace mucho tiempo que no salen “como pareja”, describen sus actividades en ir de compras, reconocen que van juntos pero ponen distancia. El terapeuta les propone que ella le enseñe a bailar, que hagan una cita para salir a bailar, la cual deja como una tarea para la pareja.

Mi sensación fue de tedio en la primera parte de la sesión, ya que el coterapeuta exploró información de la historia de vida de Rosa, que ya habíamos recopilado; sin embargo, no me atreví a señalar una falta de organización entre nosotros, puesto que él no tenía una lectura previa de las notas del caso, y yo tampoco la había promovido. Creo que entré en una actitud de protección de mi coterapeuta, reproduciendo el rol femenino de ser la encargada del cuidado de las relaciones, dejando en segundo lugar mi rol profesional; puesto que una confrontación ante los pacientes me cuestionaba ¿cómo una mujer podía evidenciar la falta de conocimiento en un hombre? Obviamente, no estaba pensando sólo como terapeuta, pues en ese momento mi imaginario femenino contenía la creencia de que las mujeres no se enojan, no se pelean, no hablan fuerte, no discuten.

En la actualidad yo ampliaría la exploración hacia áreas de enamoramiento, atracción, erotismo y placer en la pareja, con el objetivo de comenzar a dirigir la atención hacia los conflictos en la pareja, pero comenzando con aspectos placenteros para luego ir a los malestares. Algunas preguntas que propongo son ¿qué le hizo enamorarse de él (ella)? ¿Qué cosas o situaciones le parecían atractivas en él (ella)? ¿qué necesidades llenaba cada uno para el otro? ¿qué expectativas puso en él (ella)? Incluso ¿cómo él y ella muestran su molestia o enojo hacia su pareja?

En la **décimo sexta sesión** asisten los padres y Raúl; les atendemos el coterapeuta y yo, el equipo está presente. La sesión tiene como tema central explorar cómo la familia convivió durante la contingencia de la influenza, el terapeuta y yo intervenimos con preguntas que van

aclarando lo que ellos narran. José dice que no era necesario tener cuidados, no se lavaba las manos al llegar de la calle. Rosa cuenta que limpiaba la casa varias veces al día, estas diferencias generaron un conflicto en el que ellos se dejaron de hablar. Los hijos mayores quedan en medio del problema de la pareja, su postura fue de tomar precauciones, pero decidieron salir a la calle. Es Benjamín quien muestra el síntoma, se lavó las manos varias veces al día hasta que comenzó a desarrollar dermatitis; nuestra hipótesis es que con esta conducta atrae la atención hacia él y se desvía el conflicto entre la pareja, pues ahora mamá y papá se unen y encargan de él, en lugar de resolver sus diferencias.

Por lo tanto, llevamos la conversación nuevamente hacia la pareja, preguntando cómo resolvieron el dejarse de hablar. Rosa dice que le gustaría que su esposo pase más tiempo con Benjamín, lo cual ya sucede; agrega que su preocupación es que sin la atención de papá su hijo menor se vuelva como su hijo mayor, con respecto a su adicción; la respuesta de Rosa se desvía de la pregunta sobre la pareja y la sesión se vuelve a centrar en la dinámica de la familia. Continúa contando de una recaída de Benjamín, en la misma temporada en que ella se sintió deprimida, no se levantaba, y su esposo estaba trabajando fuera de la ciudad. Ella le llama y cuando José la regaña ella se siente mejor; el coterapeuta cuestiona esta situación y ella concluye que lo que necesita es atención y que se siente “muy sola”. El terapeuta continúa señalando que podría haber otras formas de solicitar atención, que no incluyeran la enfermedad, les propone trabajar sobre la comunicación asertiva en la pareja. Hacia el final de la sesión el terapeuta le pregunta a Raúl sobre su silencio, Rosa responde por él diciendo que su hijo y su esposo se habían peleado. José agrega que tuvo que imponerse, y no sabe si él está bien o mal. Raúl interviene y dice que él “no debe estar en la sesión”, para él todo estaba bien mientras es “lo que los otros quieren que sea”. Ambos terapeutas les comunicamos que para la siguiente sesión queremos que asistan sólo los padres.

Esta sesión me pareció más productiva, ya que el síntoma en el niño permitió emerger las interacciones en la familia, dejando ver otros conflictos. Es preciso recalcar que entre la sesión anterior y la presente, le comenté al coterapeuta que era necesario que leyera todas las notas anteriores del proceso, puesto que la información que él había recopilado ya había sido explorada. Él se mostró de acuerdo y revisó el caso. En la misma forma, momentos antes de comenzar la sesión le pedí al coterapeuta acordar cuáles serían las líneas a explorar, él propuso ahondar en la relación de pareja, yo estuve de acuerdo para dar seguimiento a la sesión anterior. Dentro él llevó la sesión, intervine en pocas ocasiones pero con seguridad, con una disminución de mi molestia con el coterapeuta. Creo que tomar la iniciativa y proponer una forma de trabajo, me dio la oportunidad de comenzar a ponerme en el lugar de terapeuta, de construirme como una profesional que

puede “exponer” su malestar en formas creativas, que ponían la prioridad del bienestar de los pacientes, antes que mi competencia o arrogancia frente a un colega.

La siguiente cita es cancelada por Rosa, el motivo es que José está trabajando fuera y como para esa ocasión se citó a la pareja, ella dice que “no tiene caso que vaya sola”; yo le llamo nuevamente y hago la cita para el tiempo en el que regresará José, en esa fecha ellos cancelan, el motivo es que tienen una cita con un médico de Benjamín. Las fechas coinciden con periodo vacacional, el Centro Comunitario cierra. Al regresar les vuelvo a llamar para hacer otra cita, Rosa cancela esta vez porque José no está en la ciudad. Mi hipótesis sobre esta resistencia es que parece que no es aún el momento para abordar los conflictos entre la pareja, ésta puede significar una amenaza a la estabilidad del sistema familiar.

En este intermedio, como equipo terapéutico, discutimos sobre la posibilidad de dar el alta a la familia, llegamos a la conclusión que los objetivos planteados inicialmente habían sido cumplidos, exponemos los siguientes: José pone orden con los hijos, Rosa logra que los hijos participen en algunas de las tareas domésticas, como levantar sus platos, lavarlos, tender sus camas; otro logro es que los padres se abstienen de brindar ayuda a Jesús, sin que él la pida, permitiéndole que busque apoyo, actualmente trabaja con su padre y parece mantener su rehabilitación. Otro logro es que Benjamín duerme solo y juega más, mamá lo ha apoyado, ha vuelto a asistir a la escuela de forma regular. Raúl está haciendo ejercicio, para bajar de peso; Ana logró expresar a su familia que necesita su espacio y ser respetada. En general, la familia pudo expresar afecto, reconociendo que les distingue el uso del humor, que no “abrazan demasiado”, al respecto queda pendiente trabajar el miedo al rechazo entre ellos, que parece interferir en la demostración del afecto.

Para concluir con el trabajo que se ha realizado con la familia, durante esta última discusión del caso, la supervisora me propone hacer el cierre con “esculturas familiares”, que permitan capturar el momento en que la familia concluye la terapia, aunado a una visión prospectiva en cinco años, que ponga énfasis en la flexibilidad y cambios que serán capaces de enfrentar en el futuro, a mi me parece una buena idea y la llevo a cabo en la sesión. Les hago una llamada, hablo con Rosa y le propongo hacer una cita, que significará el cierre del proceso, le pido que asistan todos los miembros de la familia, ella acepta y acordamos una fecha.

En la *décimo séptima sesión* asisten los padres, Jesús, Raúl y Ana. Les atiendo yo, ya que el coterapeuta está ausente, porque no pudo hacer coincidir sus actividades con la fecha que la

familia podía asistir al CC; tampoco el equipo terapéutico puede estar presente pues atiende a otro paciente en ese horario. Inicio preguntando cómo se sienten al ser la última sesión, Rosa responde primero y dice que para ella “es triste”, no le gustan las despedidas, lo ejemplifica como “el fin del ciclo escolar”, puesto que “todos se dejaban de ver”; José continúa y explica que para él está bien, agrega que se les ayudó mucho con su familia, él ve que sus hijos se llevan mejor entre ellos y se acercan un poco más a él. Jesús y Ana dicen que ellos casi no han asistido a las sesiones, no las extrañarán. Raúl participa al último y dice “está bien si termina”.

Les explico que se tomó la decisión de darles el alta porque pensamos, el equipo terapéutico y yo, que se han logrado varios cambios importantes en la familia, les describo los logros que hemos observado en cada uno, entre ellos y en el sistema (lo cual ya fue expuesto más arriba). Entonces les propongo realizar una “escultura familiar”, que significará una forma de cerrar el trabajo que hemos realizado en conjunto. Les explico que cada uno presentará cómo es que ven a su familia en este momento, luego cómo la imaginan en cinco años. Pueden mover a los otros y ponerlos en el lugar y de la forma que represente lo que quieren expresar.

Raúl es el primero en hacer su escultura. La compone con el padre al frente abriendo paso para sus hijos y también recibiendo los golpes, él va detrás apoyándole, si el padre no está, él toma su lugar; mamá va al final para proteger a los hijos, sobre todo al menor. Los hermanos van detrás de él en orden de edad. Ante esta figura, papá dice que está de acuerdo con el lugar que le pone su hijo, papá es responsable de su familia y si falta sabe que será Raúl quien cuide a sus hermanos y a mamá. Ana dice que se siente muy pequeña, los de adelante están grandes y sólo ve sus cabezas por detrás. Mamá dice los que van adelante, la ven a ella y los hijos menores como el “equipo de los débiles”. Raúl los cambia a la forma que se imagina en cinco años; ahora mamá está con los brazos extendidos detrás de sus hijos menores, él explica que representa que los está apoyando, pues son quienes la necesitarán por más tiempo; mamá dice que siempre la ponen en ese lugar de estar apoyando, lo cual le gusta y le parece pesado.

El padre fue el segundo en participar. Se pone detrás de Jesús y explica que está allí por si necesita de su apoyo y para no dejar que dé pasos hacia atrás, él lo empujará hacia adelante. Su hijo Raúl está detrás de sus dos hijos menores, les cuida, a un lado pone a su esposa, para que se pueda apoyar en su hijo. A Roberto lo pone independiente, él no necesita apoyo. Dentro de cinco años, la escultura se modifica poco. Papá explica que Roberto ya tiene una carrera finalizada, en él se apoyan los demás, por su nivel educativo es quien tiene más autoridad; Raúl es liberado del

cuidado de sus hermanos menores, quienes están en medio de los padres y los hermanos mayores. Introduje la pregunta sobre si para entonces podría haber “otros” miembros en la familia, refiriéndome a las posibles parejas de los hijos mayores. Papá responde que “probablemente, pero no se puede saber”.

Continúa Jesús, que dice que no importa la forma de su familia, sino que están juntos, yo le animo a que la represente. Acepta y coloca y pide a padres y hermanos, que se acerquen a él y formen un círculo entre todos. Explica que estar de esa forma es porque él siente que todos están para él cuando los necesita, en algún tiempo se sintió fuera del círculo, pero ahora siente que puede estar dentro nuevamente. Sus padres y Raúl dicen que tiene razón en pensar que lo ayudan, pero que no pueden ayudarlo siempre y en todo. En cinco años Jesús imagina que sus padres estarán criando a los hermanos menores, él y los mayores estarán atentos a sus propios hijos, pero pendientes de sus padres. Mamá le responde que le parece bien, aunque duda que sus hijos estén cerca, piensa que cuando se casan se alejan de los padres y no los ven con frecuencia. Papá muestra alegría de que su hijo se vea con su propia familia, expresa su duda, dice que si lo logra le dará un aplauso.

Yo intervengo y le digo a José que el ejercicio trata de imaginar el futuro, como una posibilidad de hacer para lograrlo; si Jesús se puede imaginar, en ese sentido, con una pareja e incluso hijos, ¿sería posible que en ese momento se ganara un primer aplauso, por el logro de proyectarse de esta forma? El padre, responde y le da un aplauso, Jesús se queda un rato en silencio y se muestra pensativo. Para mí, intervenir en este momento es importante porque considero que Jesús se esfuerza en participar, es el único que en ese momento expresa la posibilidad de nuevos miembros en la familia, es decir, de que el sistema se abriera y realizara cambios. Pasado éste tiempo, Jacqueline Fortes⁷ me ha señalado que la propuesta de Jesús, de poner a su familia en un círculo con él, pudo ser tomada, por padres y hermanos, como una búsqueda de centralidad y mayor dependencia por parte del joven, como consecuencia la duda sobre los logros, que el padre le manifiesta, pudiera apuntar a un cambio en el que la familia no continúa respondiendo a las demandas del hijo mayor, lo cual es otra interpretación posible.

Toca el turno a Ana. Ella se coloca en medio y a sus padres y hermano menor alrededor, explica que están allí porque los necesita, estar en medio y sola significa que quiere espacio para ella; sus hermanos dicen que es caprichosa y sólo le interesaba tener cosas que otros tienen. Ella

⁷ La Mtra. Jacqueline Fortes es mi Tutora y con quien revisé exhaustivamente ambos casos.

aclara que quiere privacidad. Papá dice que sabe que necesita su habitación, pues la prometió, pero en ese momento no tiene los recursos para hacerlo y le pide que lo entienda. En cinco años, Ana muestra que será mayor de edad, se sube a una silla y dice que ya no será parte de los débiles, les demostrará a todos que “sí pudo”, estará estudiando una carrera. Sus hermanos comienzan a reírse y hacen bromas, mamá interviene y la valida, dice que ella cree que lo va a lograr, siempre le ha sorprendido que su hija sea muy inteligente, a pesar de que considera que no le ha dado mucha atención por estar pendiente de Jesús y Benjamín, asegura que su hija logrará lo que se proponga. Papá agrega que su hija es “firme”, a él no le preocupa como otros de sus hijos, pues sabe que “lo que quiera lo va a hacer, va a terminar una carrera”. Ana permanece en silencio.

Por último viene la escultura de Rosa. Ella se pone junto a su esposo, tomando su mano, al frente muy cerca están sus hijos, la más cercana es Ana y entre todos están formando un círculo que en medio pone a Benjamín, desde allí todos se pueden mirar. La escultura tiene movimiento, comienza por Benjamín, los hermanos coinciden con su mamá en que él movilizaba a la familia, pues todos estaban pendientes de sus necesidades. Mamá dice que sus hijos forman una fila “como los elefantes que van tomados de la trompa y la cola”. Entonces los hijos comienzan a representarlo y dan una vuelta por la habitación, se ríen mucho. En cinco años, se le dificulta imaginar a su familia, yo le insisto en que haga un intento, ella hace dos filas horizontales, una adelante donde están, de izquierda a derecha Benjamín, Ana un paso adelante, Rosa y José. En la fila de atrás coloca a Roberto, Jesús y Raúl, en ese orden de izquierda a derecha. Mamá explica que Ana está delante porque ya será mayor y está cerca de sus padres pero “yendo hacia delante, mirando a su futuro”; Benjamín todavía necesitará de ella pues será adolescente. Sus hijos detrás probablemente tendrán pareja e hijos, nuevamente dice que duda de que estén cerca de ella. Ana expresa que le gusta el lugar donde la pone mamá, los hermanos también, Raúl aclara que piensa que no estará lejos como cree su mamá.

Finalmente, les pido que nos sentemos unos momentos, les agradezco la disposición, el esfuerzo e interés que mostraron al trabajar para su familia, mejorar las relaciones entre ellos. José me dice que agradece la ayuda y piensa que les es muy útil, agrega que se han “encontrado como familia”, las sesiones significan un lugar en el que se juntan y pueden hablar de lo que sucede en casa; parece que él representa la voz de la familia. Yo les digo que fue un gusto trabajar con ellos, conocerles y acompañarles durante estos meses. Papá me desea éxito en mi

profesión, yo me despidió de mano de cada uno. Al final Raúl me dice que él extrañará venir a terapia y me pide un abrazo. De esta forma finaliza el proceso de la familia Sánchez.

En aquel tiempo escribí en la nota de la sesión “para mí era importante hacer el cierre porque pensaba que ya era hora de marcar los cambios hechos por ellos y dejar que continuaran haciéndolos por su parte, de alguna forma también de soltarlos yo como terapeuta y confiar en que estarían bien con las herramientas adquiridas en el proceso... debo confesar que les tome afecto, así que tuve que tener cuidado y estar atenta a confundirme entre lo que era de ellos y lo que era mío... Finalmente, las despedidas no son mi fuerte y fue conmovedor para mí concluir el proceso, me alegró mucho que se despidieran afectivamente de mí, que me desearan éxito en mi carrera y que agradecieran mi trabajo con ellos”.

Hoy día pienso que la marca del cambio fue, además, para mí. Aquella última parte del proceso con esta familia, en especial esta sesión, significó una serie de validaciones: de la institución, de mi supervisora, de mis pacientes y la propia. Ahora la reflexión forma parte de un rito de pasaje profesional que incluye: obtener el grado y comenzar otra formación.

Caso 2

Datos del equipo terapéutico.

Terapeutas: Alma Vanessa Guzmán Díaz y una coterapeuta.

Supervisión: Mtra. Rosario Muñoz Cebada

Equipo terapéutico: dos terapeutas mujeres, de 2º semestre, y dos varones, uno de 2º y otro de 4º semestre, que observaban las sesiones en vivo, ubicados en la misma sala sin espejo de doble visión.

Modelo de supervisión: Modelo Estratégico y Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Nuestras características como terapeutas a cargo fueron: dos mujeres, alumna del 2º y yo, de 4º semestre de la Residencia, de 24 y 29 años, solteras; mi compañera era originaria del norte del país, yo del centro. La asignación del caso respondió a la lógica de organizar los casos con terapeutas de semestres superiores con los terapeutas que iniciaban sus prácticas en el CC. La entrevista inicial la realicé sólo yo, por indicación de la supervisora que pidió observar cómo llevaba la sesión, ella entró en esta ocasión como parte del equipo terapéutico, a partir de la segunda sesión la supervisión será narrada.

La relación con la coterapeuta fue de respeto y apoyo a lo largo del proceso. Ella y yo nos conocimos desde su ingreso a la Residencia, puesto que yo participé en el curso de inducción para su generación, no obstante era la primera vez que trabajábamos juntas en un caso. Nos organizamos de tal forma que cada sesión acordábamos las líneas para explorar, tomando en

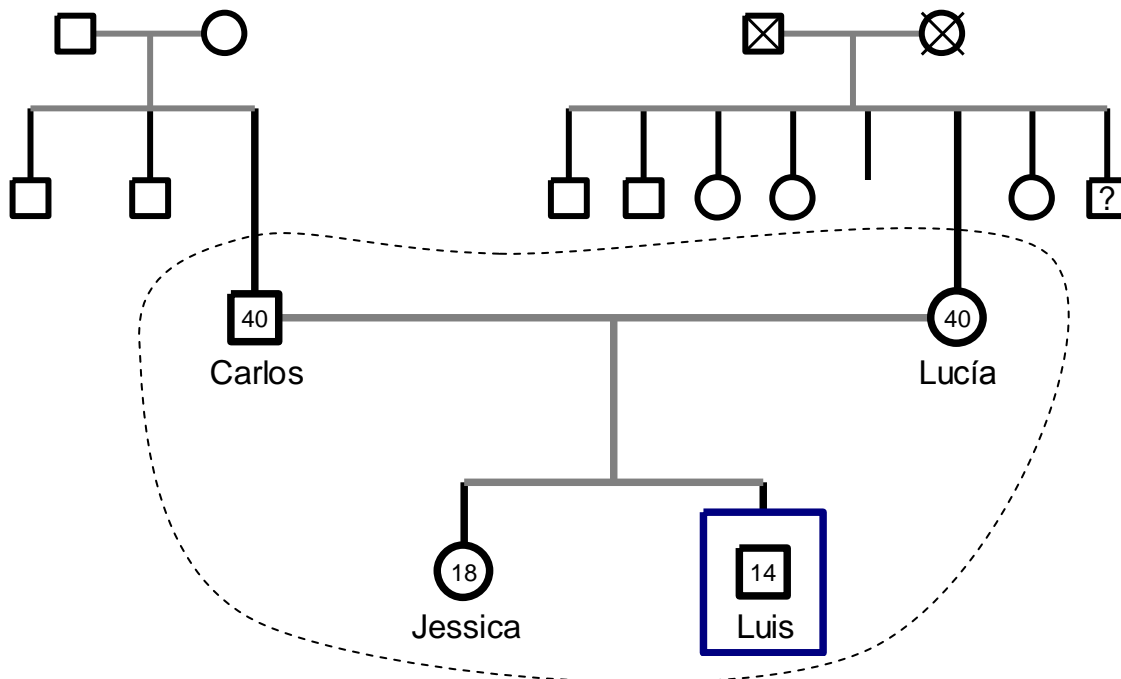
cuenta la discusión previa con el equipo terapéutico y la supervisora. Frente a la familia nos mostrábamos flexibles en las intervenciones, que oscilaban entre la complementación y la libertad para cambiar el tema explorado o la técnica utilizada, acciones respetadas y respaldadas por cada una de nosotras.

Yo me mostraba con la disposición de “enseñar” o “guiar” a mi compañera con relación a la forma de supervisión, me era sencillo comunicarle las estrategias o técnicas que me parecían útiles para el desarrollo del caso. En el proceso anterior comenté que me había sentido como “la hermana mayor” de mis compañeras, en la interacción con la coterapeuta fue más evidente para mí; fue interesante que ella también fuese “la hermana mayor” de su familia de origen, pero esta situación no tuvo repercusiones de competencia, se convirtió en cooperación.

FAMILIA HERNÁNDEZ

Se trata de una familia de cuatro miembros, padre y madre, ambos de 40 años, una hija de 18 años y un hijo de 14, quien es el paciente identificado.

Familiograma



Datos de los miembros de la familia

Seudónimos	Parentesco	Edad	Ocupación
Carlos	Padre	40	Chofer de transporte público concesionario
Lucía	Madre	40	Hogar
Jessica	Hija	18	Estudiante de bachillerato
Luis (PI)	Hijo	14	Estudiante de secundaria

Motivo de consulta

Los padres solicitan terapia familiar, porque la semana anterior a la cita su hijo huyó de casa dejándoles una nota. Ellos lo localizan el mismo día y el chico regresa a su hogar, los padres hablan con él pero les preocupa que esta conducta esté influenciada por los amigos de la cuadra; se muestran alarmados y sin saber qué hacer frente a la conducta de su hijo, por lo que deciden solicitar atención psicológica.

Planteamiento y desarrollo del problema.

Carlos y Lucía ubican el problema una semana antes de la primera sesión. Los padres reportan discusiones con su hijo menor, porque no les gusta que se junte con otros chicos que son sus vecinos, algunos de ellos consumen alcohol y marihuana. Carlos le prohibió a su hijo que se junte con sus vecinos, le dice que no sea “borrego” y haga cosas para “seguir a sus amigos”. Meses atrás, Carlos durante el trabajo como chofer, vio a su hijo caminando por la calle con estos muchachos, lo cual le enojó y le gritó que no quería verlo con ellos, luego le ordenó que se fuera a su casa. Otro incidente fue durante la fiesta de cumpleaños de Jessica, los padres habían dejado que consumieran cerveza y Luis se emborrachó hasta vomitar, Carlos no le dijo nada esa noche, hasta el siguiente día. Los problemas entre hermanos fueron aumentando. Jessica había sido novia de uno de los vecinos, pero hacía un año que dejó esta relación y al grupo, porque hubo un incidente en el cual ella fue golpeada.

Los padres refirieron que no tenían problemas con sus hijos anteriormente, pues las reglas eran claras y acordadas entre los miembros de la familia. Por lo tanto, les parecía urgente saber qué hacer con su hijo adolescente, que se había ido de su hogar dejando una carta que decía que él no era un “borrego”, había sido el organizador de una “pinta” con sus compañeros, hablaba de las comparaciones de sus padres entre él y su hermana, agregaba que lo había planeado desde hacía un año. Al indagar sobre qué sucedía en ese tiempo con la familia, la madre ubicó un incidente donde Jessica quería golpearlos a ella y a Luis. Por lo anterior, los padres habían decidido acudir a terapia.

Resumen y evolución del tratamiento⁸

En la ***primera sesión*** asistieron Carlos y Lucía, les atendí yo. Está presente el equipo y la supervisora, como observadores. Comienzo haciendo el encuadre de la terapia, pido a los padres

⁸ De manera semejante a la presentación del primer caso, en el actual en cada sesión se hará una descripción de los temas e intervenciones, luego expondré mis reacciones y reflexiones (en cursivas), para finalizar con una breve sugerencia de la forma en que actuaría en el presente.

que se presenten y conversamos sobre quiénes formaban su familia. Luego exploré el motivo de consulta, en ese momento hablaron de los problemas con su hijo menor. Narran que la semana anterior su hijo salió de la casa por la mañana, dejó una carta. La madre se dio cuenta, llamó a su esposo y los dos alcanzaron a su hijo camino a la escuela, antes de que fuera a otro lugar. En ese momento puse enfoque en las relaciones entre padres e hijos, Carlos y Lucía dicen que no consideran que hagan comparaciones entre sus hijos; sin embargo describen a Jessica como excelente estudiante y deportista. De Luis dicen que le gusta el fútbol americano y el grafiti, pero ellos no pueden pagar entrenamiento y no les gusta que su hijo pinte paredes. Ubican el problema desde un año antes, cuando su hija se puso a gritar y a golpear a su hermano y a su mamá.

Entonces propuse definir el ¿para qué? de la terapia. Carlos y Lucía plantean sus preguntas ¿qué hacer con el hijo adolescente y rebelde?, según Carlos y ¿cómo hacer para que los hermanos se lleven mejor? para Lucía. Hago la pausa, les pido que salgan a la sala de espera y yo los llamaré. Con el equipo comentamos brevemente la información recopilada y decidimos que es conveniente que vengan los hijos, pues se ha estado hablando de ellos y es importante que se escuchen sus visiones del problema. La pareja regresa al consultorio y yo finalizo devolviendo las conclusiones del equipo y pidiéndoles que venga la familia completa para la siguiente sesión. El padre pregunta “cómo veo” su problema, me toma por sorpresa y sólo respondo que es muy pronto para darle una respuesta, ellos expresan su duda de que su hijo asista por su voluntad.

Mi sensación en esta primera cita es de muchos nervios, pues todo el equipo terapéutico observaba, a unos metros y sin espejo de doble visión, mi ejecución con los pacientes, que son claramente demandantes. Sin embargo, me concentro en recordar los puntos centrales de una entrevista inicial, recuerdo que la supervisora me dijo que me faltó devolverles “algo positivo” y que me falta “tocar los afectos”. A partir de entonces, en los primeros contactos siempre me pregunto ¿estuve emocionalmente cerca de mi paciente? ¿devolví algo que le permitiera creer que vale la pena iniciar un proceso terapéutico a mi cargo?

La pregunta final donde el padre pide un "diagnóstico" de la situación me sacó de balance, de control de la situación. Creo que ahora le devolvería que entiendo que se trata de su hijo y ante la huida de casa puede sentirse una angustia y necesidad de respuestas rápidas, pero que se trata de un proceso, ellos ya han dado un primer gran paso al reconocer que hay un problema y hacer algo para encontrar soluciones. Esta respuesta la he construido después de decenas de “entrevistas iniciales”.

En la **segunda sesión** asisten los padres y Luis, les atendemos la coterapeuta y yo, el equipo se encuentra observando en la sala donde atendemos a la familia. Al preguntar por qué no vino Jessica, la madre dice que no podía faltar a clases. Luis dice que no sabe para qué lo llevan a

terapia. Carlos toma la palabra y cuenta que su hijo se fue otra vez de su casa, esta vez por varios días, aunque ellos sabían en donde estaba. Cuando decidieron ir por él, papá lo golpeó.

La coterapeuta explora los motivos de las escapadas de casa. Luis explica que el motivo para irse es probar lo que no hay en casa: “libertad” para salir con sus amigos. Los padres responden que sí hay libertad en su casa, yo pido que ejemplifiquen, pregunto sobre cómo se otorgan los permisos, ellos explican que depende de tres condiciones: las calificaciones de sus hijos, qué tan lejos está el lugar a donde quieren ir, y quién los invita. Yo señalo y pongo intensidad en la confusión que causan las reglas, como estrategia para probar la hipótesis sobre una estructura familiar que tiende a la rigidez. La coterapeuta usa la metáfora de “La Constitución” para abordar el tema de las reglas, plantea la pregunta sobre ¿corresponden las reglas al momento de desarrollo de la familia? El padre responde diciendo que antes se platicaba sobre las reglas con los hijos, pero ahora es un asunto entre los padres.

Ambas terapeutas exploramos las emociones relacionadas al problema, los padres expresan miedo de que su hijo consuma drogas. Luis pone el ejemplo de la ocasión que tomó alcohol, se emborrachó y después de ese día ya no volvió a tomar, dice que “sólo quería probar”. Hablamos de que el riesgo era real para Luis, y pedimos a los padres que piensen ¿qué de lo que le habían enseñado a su hijo podría ayudarle a enfrentar el riesgo de las adicciones?

Dejamos esta pregunta y hacemos la pausa para consultar al equipo, se elaboraron los siguientes mensajes: 1) connotar positivamente a la familia, los padres son atentos, sensibles y flexibles ante sus hijos, Luis se muestra como un joven interesado en llegar a acuerdos y dispuesto a cooperar; 2) se deja la tarea de que se reúnan en familia, cada uno debe plantear reglas, considerando los derechos, obligaciones y consecuencias de cada regla; 3) esta tarea debe realizarse fuera de casa, se remarca la importancia de que todos tienen que participar. La familia se muestra cooperativa frente a la tarea.

Con este equipo de coterapia me siento cómoda y se refleja en mi participación, creo que la coterapeuta y yo interactuamos en la complementariedad, a veces yo inicio la intervención, otras la continúo, me siento bien al cambiar la dirección, mi coterapeuta me apoya, cuando ella cambia la dirección yo le apoyo. Percibo la alianza hacia los padres, pero me muestro con distancia hacia el adolescente; la supervisora lo señala y yo lo reflexiono, más tarde y fuera del contexto académico, me doy cuenta que la razón es que el chico me recuerda una pérdida, la distancia es una defensa ante un duelo en plena elaboración.

Pienso que ahora, conociendo lo que se movilizó en mí en torno a este paciente, mi objetivo inicial sería conocer quién era Luis, más allá del problema, cuáles eran sus intereses, habilidades, capacidades, deseos y metas. En ese mismo sentido propondría

abrir la conversación sobre cuáles son las expectativas de los padres para sus hijos, incluyendo a su hija, la cual se ha mantenido al margen hasta este momento, explorando la hipótesis de que los padres y los hijos tienen significados distintos sobre como “deberían ser” en esta etapa de la adolescencia.

La **tercera sesión** cuenta con la presencia de los padres y del hijo, observan la supervisora y el equipo. Comienzo preguntando cómo les fue con la tarea, pero la familia no la realizó. La coterapeuta pregunta ¿cómo hicieron para no hacer la tarea? Papá dice que se reunieron pero los hijos bromearon y el padre sólo anotó lo que creyó necesario, sin traerlo a la sesión. La coterapeuta cuestiona la ausencia de Jessica, la madre dice que su hija no considera estar involucrada en el problema y se negó a asistir a las sesiones; el padre agrega que cuando su hija dice “no es no”, yo le pregunto quién más en la familia es así, él responde que su padre era igual.

Exploramos cómo es la relación entre hermanos, emergen cambios en la interacción que parecen ligados a las diferencias en las etapas de desarrollo individual, en especial la adolescencia. También se cuestionó cómo el padre daba órdenes a sus hijos, él mostró que la comunicación con ellos pasaba a través de la madre, la coterapeuta usa la metáfora de “un puente” para señalar el rol de Lucía. Otra información, sobre las formas de interacción, fue la referencia de los padres sobre los hijos, llamándolos “los niños”, lo cual fue señalado por la coterapeuta.

En otra línea yo pregunté sobre las diferencias y similitudes entre padre e hijo, con el objetivo de encontrar elementos que les permita comunicarse directamente, lo que identifican es que ambos gustan de actividades manuales y prácticas. En ese momento hicimos la pausa y con el equipo elaboramos los siguientes mensajes: a) se connotó positivamente que los hermanos estén atentos a los cambios de uno u otro; b) se puso énfasis en las diferencias de género en el desarrollo de cada hijo; c) se puso a la familia al mismo nivel, para disolver el síntoma con el comentario “a veces los papás no saben cómo hacer las cosas, ya que no hay escuela para padres, ¿no será que el problema tiene que ver con toda la familia?”; d) insistimos en que realicen la tarea de reunirse y establecer nuevas reglas.

En la supervisión, nos indican a ambas terapeutas que cuando la familia dijo que ni hizo la tarea nosotras divagamos abriendo varias líneas de exploración, son retomar ninguna. Yo me cuestiono mi capacidad de improvisación ¿qué hacer cuando los pacientes no hacen lo que yo espero que hagan? Me mueve a inventarme en lugar de asustarme y no saber cómo solucionar, recordar que hay sesiones buenas, geniales y ¡desastrosas!

Ahora comenzaría por relajarme y respirar, mientras se me ocurre una alternativa, continuaría insistiendo en ¿cómo lograron organizarse cada uno para no hacer la tarea

así como la propusimos? Dejándome sorprender por el contenido de sus respuestas. Otra opción sería aceptar la resistencia, mostrar poca importancia a su negativa, levantarme y utilizar un pizarrón para realizar allí mismo la tarea. Es decir, modelar que uno puede ser flexible ante los cambios que implica la vida.

En la **cuarta sesión** asisten los cuatro miembros de la familia, les atendemos la coterapeuta y yo, el equipo observa. Los padres inician con la noticia de que Luis quiere repetir el año de la secundaria, pues por sus bajas calificaciones es posible que repruebe. Antes de entrar en ese tema, le pido a Jessica que se presente y comente ¿cuál es para ella el problema? Ella responde y habla gran parte del tiempo de la sesión. Explica que no le gusta el grafiti, ni los amigos de su hermano, ella fue amiga de ellos e hizo una narración de cómo fue que dejó de juntarse con ellos. La coterapeuta le pregunta directamente ¿cuál sería para ella la meta terapéutica? Responde que sería estar mejor entre hermanos, propuso cuidarse y apoyarse.

Los padres intervienen diciendo que a ellos les gustaría que los hermanos se llevaran mejor. Yo cuestiono la idea de que todos los hermanos “siempre deben llevarse bien”, lo cual nos lleva a indagar sobre las relaciones de los padres con sus propios hermanos. La madre expresa su miedo de que su hijo se pierda, pues ella tuvo un hermano que era adicto y desapareció. Como no hicieron la tarea, esta vez evitamos dejar otra, la coterapeuta comenta que los efectos de la anterior ya no podrían aprovecharse. Les proponemos trabajar sobre límites en la familia, pero durante la sesión.

Cuando Jessica acapara la sesión, yo experimento malestar, respondo con aburrimento y disminuyendo mi participación en la conversación. En una reflexión posterior me aclaro sobre esta sensación y concluyo que la situación me parece conocida, yo tengo una hermana y la competencia por atraer la atención de nuestros padres, fue una forma de relación frecuente entre nosotras. Por lo tanto, me cuesta trabajo aliarme con la paciente e interesarme en explorar ¿quién es esta hermana mayor en el sistema que estoy observando?

Hoy día pondría mi experiencia al servicio del proceso, es decir, abrir el tema de la atención entre los miembros de esta familia, que permita que los hermanos y padres observen las redes de relaciones que tejen cuando requieren una mirada, aprobación y afecto. ¿Qué tiene que hacer uno en esta familia para ser visto y/o escuchado? ¿Cuáles son las formas en las que se puede transmitir un mensaje a otros? ¿Ellos de qué no hablan? ¿Las emociones pueden hablar? Y si lo hicieran ¿qué dirían de cada uno de los miembros de esta familia? serían algunas preguntas guía.

En la **quinta sesión** asisten los padres y el hijo, la hija no asiste porque debe asistir a la escuela. Les atendemos la coterapeuta y yo, con el equipo observando. La coterapeuta comienza señalando a los padres y a Luis que habían estado menos participativos en la sesión anterior,

cuando Jessica estuvo presente. Los padres y Luis dicen que, en general, ella da su opinión cuando lo cree necesario. Yo cuestiono si ella es una hija que se hace cargo de temas que les corresponden a los padres. Lucía responde diciendo que en su familia de origen ella se hizo cargo de sus hermanos, hermanas menores e incluso de sus sobrinas. El padre se muestra molesto con el señalamiento, la coterapeuta retoma la metáfora del puente en donde un tercero, en este caso Jessica, media la comunicación entre dos personas, por ejemplo entre padres y otros hermanos, como una función que es útil para el sistema, el padre se tranquiliza.

Damos un giro hacia explorar sobre el significado de la confianza en esta familia. Lucía dice que Luis la tenía pero que los “había defraudado”. Yo uso la metáfora de un perrito al que enseñan a andar en la calle, primero lo sacan a pasear con cadena, después de un par de ocasiones los dueños deciden soltarlo, pero el perrito se va corriendo y cruza una calle transitada, los dueños se angustian tanto que la siguiente vez que salen a la calle usan la cadena para el perrito, pero ahora muy apretada.

La metáfora hace sentido en padres e hijo, abre la posibilidad de hablar sobre el tema de los límites. Carlos se muestra confundido, dice que quiere tener autoridad sin ser autoritario, recuerda que antes los límites funcionaban. La coterapeuta habla de cómo algunas soluciones pueden volverse problemas y les propone trabajar sobre cómo llegar a acuerdos en las reglas familiares, les pide que piensen una o dos en ese momento. Carlos les preguntó a su esposa e hijo cuáles les gustarían. Luis toma la palabra y propone que se hable sobre ir y regresar solo a la escuela. Ambas terapeutas ponemos foco en la participación espontánea de Luis, yo me dirijo a mi coterapeuta y cuestiono si esta reacción de Luis estaría relacionada con que papá tomó en cuenta su opinión.

El aprendizaje que yo me llevo de esta sesión es que arriesgarse a hacer intervenciones que parecen locas, fuera de lugar, ser irreverente puede funcionar y encajar con los pacientes. Ante mi inexperiencia con la maternidad, utilizo lo más cercano que tengo que es el criar perros y ¡funciona!; es decir, ellos son aprendices de ser padres de un adolescente, compartir esta "no experiencia" es un descubrimiento sorpresivo en mi devenir como una terapeuta soltera, sin hijos, regresando de vivir sola, a vivir con mis padres, en plena construcción de mi ser mujer.

Al volver a leer la sesión, pienso que me gusta cómo me comuniqué con la coterapeuta y la forma en que intervine. En efecto al comunicarnos clara y directamente logramos organizar la sesión, que se percibe fluida; mostrarme preparada y segura parece reflejarse en la familia, mi reflexión me lleva a pensar ¿será que esto mismo va pasando con los pacientes? ¿será que experimentan desorganización al no tener un sentido que los guíe, no sentirse preparados para lo nuevo? Compartir la "no experiencia" tendió un puente único entre la familia y yo.

En la *sexta sesión* asisten los padres y Luis. Atendemos la coterapeuta y yo, con el equipo observando. Los padres llegaron molestos porque no han visto cambios en su hijo, el motivo es que nuevamente se decepcionan de Luis, porque entregó una tarea de otra persona, como si fuese suya. Al indagar sobre lo sucedido, Carlos lo llama “niño”, la coterapeuta lo señala y cuestiona al padre sobre si su hijo es un niño o un joven. Yo retomo el tema de la libertad y pregunto ¿qué significa para cada uno de ellos? Luis dice que para él es “hacer lo que quiera, respetando a otros”; Carlos dice que es “ser feliz”; Lucía coincide con su esposo. Ambas terapeutas retomamos la metáfora del perrito y la cadena, usándolo para hablar sobre las reglas. Luis toma la palabra y dice que sus padres sabían que no entregaría el cuaderno a tiempo, que sabían sobre el asunto desde antes. Carlos y Lucía se muestran un tanto sorprendidos y agregan que sabían “algo del tema pero no todo”.

Al escuchar lo anterior, decidimos hacer la pausa para consultar al equipo, con quienes se elaboran los siguientes mensajes: i) devolver la responsabilidad de los padres sobre la educación de Luis, poniendo énfasis en que “el ejemplo de los adultos educa a los hijos”, señalando que los padres no han realizado las tareas puestas por las terapeutas, si siguen sin hacerlas es obvio que no puedan ver resultados; ii) se le pregunta a Luis ¿qué cambios ha visto en sus padres?; iii) se valida el enojo en Luis, que percibió el equipo; iv) se deja una nueva tarea en la que Carlos registrará lo que su hijo hace durante la semana, debe traerlo escrito la siguiente cita; Lucía debe asesorarlo, se agrega el que “el equipo duda que cumplan con la tarea”. Al final de la sesión los padres piden asistir sin su hijo la siguiente sesión, nos sorprende la petición y decidimos aceptar su propuesta.

En esta sesión yo me siento apresurada, me bloqueo, intervengo de formas que no son las mejores, parece que la desesperación de los padres de no “ver resultados” es la causa; ulteriormente, cuando reviso con mi Tutora el caso, caigo en cuenta que había una sensación de enojo y frustración en mí, ante la imposibilidad complacer a padres demandantes. Curiosamente el equipo percibe esa emoción en el paciente adolescente, pero no lo señalan en alguna de las coterapeutas.

Actualmente, las emociones como el enojo, la frustración, la tristeza, etc., serían objeto de indagación ¿qué las causaba con más frecuencia? ¿quién las expresa y cómo? ¿existe alguna pauta en la familia? En lo tocante a mi reacción, me pregunto ¿a quién trataba yo de complacer? ¿existían demandas hacia mi quehacer como una terapeuta en formación, que habían resultado frustrantes en aquel entonces? ¿de qué formas había resuelto expresar mis propias emociones de enojo, tristeza y frustración?

Para la *séptima sesión* asisten sólo los padres, atendemos la coterapeuta y yo, con el equipo presente. El padre comienza reportando cambios en su hijo, se ha mostrado respetuoso de su autoridad. Ambas terapeutas revisamos las anotaciones de Carlos, en sus registros aparece la cuestión de los permisos, los cuales volvimos a cuestionar: ¿cuáles son las condiciones hacia los hijos para obtener un permiso? Ellos hablan de que hay varios filtros para que los hijos obtengan un permiso, yo señalo lo complicado que me parecen y dejo el comentario de ¿cómo será que lo viven sus hijos?

Aunque los días habían transcurrido sin problemas, la madre narra que un día de la semana Luis fue a jugar con sus amigos, allí bebieron y su novia se emborrachó, el chico la llevó a su casa pues no la quería dejar sola en este estado. Ambos se muestran muy enojados porque los adolescentes estuvieron solos en su casa y porque su hijo se metía en problemas por ayudar a otros. La coterapeuta explora el origen del enojo, lo que emerge son preocupaciones sobre el consumo de alcohol y de la sexualidad de su hijo. La coterapeuta pregunta cómo consideran la respuesta de su hijo ¿había sido responsable o irresponsable? Ellos se muestran pensativos. Yo señalo que pudo acudir con otras personas por ayuda, sin embargo parece que tuvo la confianza de llevarla a la casa familiar.

Hacemos la pausa, el equipo sugiere que se refuerce la realización de la tarea y se le pida que Carlos tome un día para hablar con su hijo “de hombre a hombre” sobre alcoholismo y sexualidad, en la que Lucía volverá a apoyar a su esposo; además de introducir la idea de que en la adolescencia algunos padres pueden ser “despedidos como gerentes, pero recontratados como asesores” de la vida de sus hijos.

Al regresar de la pausa, Carlos responde a la pregunta pendiente, dice que no toma y le molestan los borrachos, Lucía comparte esta opinión. La coterapeuta reencuadra esta postura como parte de los valores familiares y habla de la importancia del modelaje de los padres hacia los hijos. Prescribimos la tarea de la plática “hombre a hombre”. Lucía interviene y pregunta directamente si es conveniente que Luis repita el año. Yo cuestiono brevemente sobre las expectativas que tienen sobre el futuro de su hijo. Por último la coterapeuta usa la metáfora de los padres como gerentes/asesores de los adolescentes.

Mi sensación en esta sesión es de seguridad, tranquilidad y curiosidad. Me parece que esta combinación me es útil, ya que me permite plantarme en una postura directiva, pero sin llegar al control que evita la fluidez de la interacción, lo cual es posible gracias a la curiosidad. En general, pienso que fue una “buena” sesión, en el sentido de que planteo

preguntas, hago comentarios sobre lo que observo, dejando que las respuestas tomen su tiempo para aparecer.

Creo que esta vez sólo agregaría a mi forma de intervenir un ingrediente: la capacidad de asombro. Por ejemplo, ahora que reviso el contenido y proceso de la sesión me sorprende lo que un padre puede disponerse a modificar, o no hacerlo, por lo que considera que es “lo mejor” para su hijo. O sobre la dificultad que tenemos las personas para reconocer que el Otro nos necesita en formas que no necesariamente corresponden a las que nosotros queremos que nos necesite.

En la **octava sesión** asisten los padres y el hijo, atendemos la coterapeuta y yo, mientras el equipo observa. Carlos avisa que llegará un poco tarde, nosotras iniciamos la sesión y nos centramos en la relación madre-hijo. Lucía reporta que la situación familiar ha mejorado, se han presentado “pleitos normales”, que describen sin gritos o enojos que duren muchos días; agrega que sus hijos se llevan mejor, incluso salieron juntos. Yo cuestiono ¿cómo hicieron para lograr esos cambios? Luis responde que su hermana se “alivianó”. El cambio parece identificarse por una conversación entre hermanos, en la que Luis le dijo a su hermana que podía contar con él cuando tuviera problemas. La coterapeuta retoma y pregunta ¿quién más se ha aliviado? Luis continúa diciendo que sus padres y él también.

Para Lucía los cambios se enfocaban en Luis, quien fue descrito por ella como tranquilo y obediente. En ella misma identificó que les tenía paciencia, hablaba con ellos y los entendía. Luis interviene diciendo que ahora cuando desobedecía, aceptaba las consecuencias, la coterapeuta señala esta conducta como un ejemplo de su responsabilidad, yo cuestiono la comunicación entre madre e hijo, sobre la diferencia en las necesidades de cada uno respecto al otro.

Durante esta conversación se integra Carlos, quien se muestra en desacuerdo con su esposa e hijo sobre los cambios, considera que el problema inicial fue resuelto, pero apareció otro: su hijo da prioridad a su novia; el padre espera que para su hijo lo primero sea la escuela y la familia. Yo me enfoco en la diferencia entre “pláticas” e “interrogatorios”, le devuelvo que me parece que entre padres e hijos se llevan a cabo los segundos. El padre habla de un sentimiento de rechazo de sus hijos cuando éstos no le contestan, él quiere saber si “están bien”, de lo contrario quiere ayudarlos. La coterapeuta retoma el tema de las necesidades de los padres versus las de los hijos.

Hacemos la pausa con el equipo, con quienes elaboramos los siguientes mensajes: 1) les felicitan por los cambios logrados y se pone énfasis en que ellos los llevaron a cabo; 2) utilizamos una tarea paradójica, los padres no deben hablar del tema de la novia de Luis, en

cambio deben hablar de temas triviales, y los padres deben esperar a que Luis inicie la conversación.

Yo me siento satisfecha en esta sesión, más allá de los cambios reportados por la familia, para mí el logro más importante es que Luis participe espontáneamente en la sesión, lo ha venido haciendo poco a poco, mi interpretación de esta conducta es que la sesión se ha convertido en un verdadero espacio terapéutico, es decir, un lugar en el que se siente en confianza, con soporte y escucha empática de sus necesidades, y que a partir de esto pueda construir sus propios puentes hacia la comunicación con sus padres. En mi experiencia personal lograrlo no es sencillo, pero vale la pena arriesgarse y hablar.

En la **novena sesión** asisten los padres y Luis, atendemos la coterapeuta y yo, con el equipo presente. Lucía y Carlos anuncian que no lograron realizar la tarea de evitar hablar de la novia de su hijo, pues no platicaron con él durante la semana. Ambas terapeutas connotamos positivamente su respuesta, ya que una condición de la tarea es que debe ser Luis quien inicie la conversación, ellos han logrado esperarlo, lo han respetado. La coterapeuta indaga sobre cómo es la comunicación en la pareja, que se muestra cercana, con el objetivo de que dicho estilo pueda ser la base para el acercamiento hacia sus hijos.

Yo les propongo conversar sobre la adolescencia de los padres, mientras Luis les escucha, les comento que en nuestra experiencia para algunas familias recordar y compartir esta etapa de la vida de los padres tiene efectos positivos en la relación con sus hijos. Carlos inicia narrándose como un chico muy responsable, trabajaba los fines de semana, era “estudioso”, casi no iba a fiestas y tenía pocos amigos. Comenzó a estudiar una carrera pero la dejó, de lo cual se arrepintió después. Comenzó con su negocio. Lucía dice que no le gusta recordar, sin embargo lo hace y cuenta que sus padres murieron cuando era niña, vivió con sus hermanos mayores, a ella le tocaba cuidar a los menores. Sólo pudo estudiar hasta la secundaria, puesto que tuvo que trabajar; se muestra alegre cuando narra que en su casa se hacían muchas reuniones, siempre había alguien de visita. Yo les hago una pregunta hipotética: si pudieran cambiar algo de su adolescencia ¿qué sería? A Carlos le habría gustado tener más amigos e ir a fiestas, a Lucía le hicieron falta sus padres. La coterapeuta le pregunta a Luis ¿qué piensa sobre lo escuchado? El dice que casi todo ya lo sabía, excepto que su papá había decidido salir de la escuela, ante lo que se muestra sorprendido.

Para ir a la pausa yo pido a los padres que reflexionen sobre ¿qué han hecho igual o diferente con sus hijos, de cómo los trataron a ellos sus padres? Lucía responde inmediatamente que quería que sus hijos fueran felices, Carlos dice que sus hijos se sintieran tratados con

igualdad. Al consultar al equipo, decidimos enviar los siguientes mensajes: a) poner intensidad en felicitarlos por lograr la tarea de esperar a que Luis se acerque a ellos, pues sabemos que no les fue sencillo y ellos lo respetaron; b) mantenemos la prescripción paradójica, por una semana más.

Yo me siento sorprendida de que la paradoja haya funcionado, pues es la primera vez que participo en una que tiene los efectos esperados, yo lo atribuyo al trabajo en equipo y a mi reflexión personal, pues ante la distancia emocional que sentía con respecto al adolescente, yo misma pude hablar con mis padres y decirles cómo me sentía al tener como paciente a un chico que me recordaba a mi hermano fallecido, de la culpa que aún sentía y de lo complejo que me resultaba un duelo de varios años. Al hacerlo algo en mí se liberó y fluyó, en lo personal y en lo profesional. Creo que tampoco agregaría algo distinto a esta sesión, en la actualidad volvería a intervenir y reflexionar de forma semejante.

En la **décima sesión** asisten los padres y el hijo, atendemos la coterapeuta y yo, con el equipo observando. La familia llega anunciando que hay más cambios: Lucía comienza a trabajar, Luis deja la secundaria y está en un curso para hacer un examen general y concluir este grado; Carlos se muestra orgulloso de su hijo, pues dice que ve que está mejorando y que se lleva mejor con su hermana. Sin embargo, los padres se quejan con las terapeutas, parece que hemos dado permiso a su hijo para no hablarles. Luis responde que no ha contado nada porque no le ha sucedido algo importante.

Hacemos alianza con Luis, en el sentido de que él considera a sus padres para conversar de temas importantes, al tiempo que le recordamos que mientras aparece un tema de ese tipo, puede hablar de temas triviales con ellos. Ambas terapeutas cuestionamos y ponemos intensidad en la diferencia entre conversar e interrogar, recordamos el miedo al rechazo que el padre experimenta cuando no sabe si sus hijos están bien o necesitan ayuda. El padre se queda pensativo, participa menos que en otras ocasiones.

Hacemos la pausa y el equipo sugiere que se comience a hablar de concluir el proceso terapéutico, pues las metas sobre saber cómo tratar a un hijo adolescente y rebelde, y que los hijos se lleven mejor se han cubierto, incluso fueron reconocidas por la familia en la sesión anterior. Las terapeutas a cargo decidimos esperar una sesión más para anunciar el término de la terapia, ambas temíamos una recaída a causa de los cambios recientes. Al regresar de la pausa mantenemos el mensaje de felicitación por los cambios, y pedimos continuar con la tarea paradójica.

Carlos interviene y dice que su hijo quiere hacer una pregunta. Luis plantea una situación en la que tiene problemas con un grupo de chicos, en la escuela donde toma el curso de

preparación, pregunta qué pasaría si se pelea con ellos, ¿es posible que lo corran? Le devolvemos la responsabilidad de sus acciones, pidiéndole que pregunte sobre los reglamentos de la institución, como una forma de estar informado y hacerse cargo de las consecuencias de sus decisiones.

Ante los cambios, yo me siento insegura de su origen y permanencia. Reflexiono sobre un prejuicio favorito en el que mis intervenciones son responsables directas del movimiento o quietud del sistema familiar. Pienso en la metáfora de “un filo” en el que se juega la terapeuta, que parece cortar la confianza/desconfianza de mi propio decir, a la par de confiar en mis pacientes, en su capacidad de cambio, mientras que me mantengo atenta a la posibilidad de las recaídas.

La devolución al adolescente, según mi opinión fue acertada, pues la coterapeuta y yo evitamos tomarnos el rol del padres autoritarios, confiamos en que él sabría cómo resolverlo, a la vez que damos una alternativa, respetando su libertad por escuchar y hacer con eso lo que le pareciera mejor. Sólo agregaría el mensaje de “pedir que vayan más lento y prevenir la recaída”, con el objetivo de mantener la postura directiva que parecía dar resultados en este caso.

En la **onceava sesión** asisten como de costumbre los padres y Luis, atiende la coterapeuta, observan la supervisora y el equipo. Yo tengo que atender asuntos personales, pero me pongo al tanto del contenido y proceso de la sesión. Carlos comenzó narrando que fueron sus vacaciones, ha pasado tiempo con su hijo, respetando el no iniciar interrogatorios. Lucía llega un poco después de comenzar la sesión. Ambos padres cuentan que tuvieron una pelea con Luis porque fue a visitar a sus amigos a su ex escuela, el problema fue que dijo que iría directo a su casa y no lo hizo. Lucía y Carlos se muestran decepcionados, Luis argumenta que quería ver a sus amigos, pues ahora solo los veía en fiestas; papá lo llama “el niño”, lo cual le señaló la coterapeuta, él respondió que ya no ve a sus hijos como niños.

La coterapeuta señala el orden en el que se han sentado, los padres a los lados y Luis en medio, les pregunta ¿qué significará? Ambos padres concuerdan en que creen que su hijo necesita protección, Luis se muestra de acuerdo. La coterapeuta checa si los cambios entre hermanos se han mantenido, Lucía dice que Jessica quería volver a discutir con su hermano, pero que ella intervino para evitarlo, observa que la comunicación ha cambiado positivamente.

Cuestiona si con el trabajo de Lucía hay cambios en la organización familiar. Luis dice que Jessica quiere ordenarle cosas, lo cual le disgusta. Carlos interviene diciendo que se llevaban muy pesado, agrega Jessica también quería decir que hacer. La coterapeuta hace el comentario “ahora los patos le tiran a las escopetas”, les cuestiona ¿será que Jessica piensa que hacía falta una mamá

en casa? ¿estará tomando ese lugar? Lucía reacciona rápidamente, dice que ella es la mamá de esa casa, su hija lo será cuando se case.

Se hace la pausa, en la consulta con el equipo se elaboran los siguientes mensajes: a) señalar que después de 10 sesiones a Carlos le cuesta ver los cambios positivos hechos por su familia; b) validar que efectivamente Lucía “es la mamá en esa casa”; la supervisora estuvo observando la sesión, considera que se ha cumplido la meta terapéutica y es necesario terminar el proceso, el equipo presente está de acuerdo, por lo tanto se les anuncia a los pacientes que la siguiente sesión será el cierre de la terapia, se pide la asistencia de Jessica. Ellos se muestran de acuerdo.

Aunque yo estaba de acuerdo en que era tiempo de finalizar el proceso, y entiendo que era el momento de anunciarlo a la familia, yo me sentí “fuera de la jugada” cuando se toma esta decisión en la ocasión en la que yo estoy ausente, porque había estado concentrada en revisar y reflexionar sobre todo el caso. Sinceramente me pareció una resonancia del sistema jerárquico y rígido de la familia, donde la jerarquía más alta toma las decisiones, los subordinados obedecemos y ejecutamos. Hubo una sensación de molestia de mi parte, que se quedó sin expresar. Finalmente, uno de los aprendizajes que tuve en la Residencia, en lo tocante a la ética del terapeuta, fue pensar en qué es lo mejor que yo como terapeuta puedo hacer para el bienestar del paciente. Mis emociones son importantes, pero no es el espacio de las sesiones, en ocasiones ni el de las supervisiones en el que me toca darles tiempo y lugar, en comprenderlas.

En la **doceava sesión** asisten los padres, la hija y el hijo, atendemos la coterapeuta y yo, con la supervisora y el equipo observando. La familia reporta que mantuvieron la tarea de esperar a que el hijo inicie la conversación, pero el padre se queja que su hijo no les cuenta nada, a él le gustaría que le contara todo. Luis responde diciendo que no puede contarle todo a una sola persona, Jessica se muestra de acuerdo con su hermano. La coterapeuta cuestiona a los padres si entre ellos se cuentan todo, o les cuentan todo a sus hijos. Lucía dice estar de acuerdo con su hija, pero a ella le preocupa que Luis se encierre, pasa tiempo solo y ya no les platica nada. Al cuestionarle desde cuándo Luis es reservado, mamá dice que siempre ha hablado menos y se guarda sus cosas.

Los padres expresan que ellos quieren saber si sus hijos están bien, de lo contrario desean hacer algo que los reconforte. Yo les pregunto ¿qué sucede con cada uno cuando ven a sus hijos tristes o distintos? Carlos dice que primero se preocupa, luego pregunta y si no le responden se enoja inmediatamente. Jessica coincide y agrega que cuando lo ve enojado ella se enoja, le gustaría que su papá hiciera algo para distraerla, en lugar de insistir en saber lo que le pasa. Luis

dice que se encierra porque quiere platicar con sus amigos, le gusta más platicar con amigos y menos con sus padres. Los padres insisten en que necesitan saber qué les sucede a sus hijos. La coterapeuta les propone hacer un acuerdo donde los hijos se comprometen a responder a los padres si están bien o mal; los padres prometen esperar a que los hijos estén listos para contarles los detalles.

Ambas terapeutas planteamos que consideramos que se han cumplido los objetivos terapéuticos que se resumían en: a) los hijos han mejorado su relación; b) los padres han desarrollado estrategias para relacionarse con su hijo adolescente. Para hacer el cierre del proceso, les proponemos hacer *esculturas familiares*⁹. La instrucción es que cada uno presente a su familia según como la ve en el presente y cómo le gustaría que se relacionaran en un año.

El primero fue Carlos, quien describe su escultura como una especie de árbol, él es el tronco, su esposa es la rama principal y sus hijos son las ramitas que están creciendo. Todos están arriba en ambos lados, los hijos más arriba y apoyados en la mamá, que a su vez está apoyada en su esposo. Cuando hay problemas parece que las ramas, sus hijos, se mueven a los lados y la mamá pierde el equilibrio. A Lucía no le gusta la posición donde la pone su esposo.

La escultura hacia el futuro tenía la misma forma, pero con sus hijos más arriba, alejándose de los padres, casi sin tocarlos. Luis siente que en ese lugar está dejando atrás a sus padres, Jessica siente que se cae. La madre quiere estar abajo, a lado de su esposo.

Es el turno de Lucía, en la cual Carlos se siente separado de sus hijos, Jessica sólo ve a sus padres, pero no a su hermano, Luis puede ver a todos. La escultura que le gustaría que fuera en un año, la representa con cercanía, entonces los pone a todos de frente, casi sin espacio entre ellos, formando un círculo muy estrecho, viéndose entre ellos, los brazos de Lucía y Carlos estarían abrazando a sus hijos. Jessica se siente sofocada, Luis necesita que se abra un poco de espacio.

La escultura de Jessica, es con su papá de pie viendo a sus hijos, a lado derecho su mamá agachada, como viendo el paso de todo. Jessica y Luis de frente a sus papás y en cuclillas, la mirada de sus papás hacia ellos, también sus manos sobre su cabeza, con fuerza, como

⁹ Durante la realización de la escultura familiar, la coterapeuta y yo nos mantuvimos pendientes de preguntar qué significaban los lugares en los que cada uno ponía a los otros; poníamos foco en cómo se sentía el papá, la mamá, la hija y el hijo, en la posición que los otros los colocaban. También, pedíamos que se mantuvieran unos segundos en silencio, para generar la reflexión y permitir que emergieran las emociones asociadas al espacio que la familia estaba construyendo en esos momentos. Por lo tanto, lo que presento es una narración que no marca las voces de las terapeutas, tratando de poner en el centro las voces de los pacientes.

imponiéndoles, los hijos no pueden voltear a ningún lugar. Luis expresa su cansancio. A la madre no le gusta, piensa que no son así. Jessica dice que quiere ponerse de pie pero no la dejan, su papá le dice “estás en lucha”; ella expresa que le gustaría que le dieran la mano para levantarse. El papá externa sentirse como un tirano, sometiéndolos, no le gusta estar en ese lugar.

En la escultura del futuro Jessica y su hermano estaban de pie, de frente a sus padres, a la misma altura, viéndose de frente entre hermanos, con una mano libre y una en contacto con sus papás. Ella voltearía para ver a todos y hacia fuera, al igual que su hermano. Entre sus padres estarían viéndose entre sí, y viéndolos a ellos pero menos. La madre se sintió mejor en esa posición, el padre se sintió ligero porque podía ver a sus hijos, pero también voltear a otros lados, Luis se sintió bien al poder ver a otros lados pero seguir en contacto con sus papás.

La escultura de Luis es parecida a la de su hermana, los padres juntos, él a lado de su papá, y Jessica a lado de su mamá, la distancia es corta, pueden abrazarse y tocar sus manos. Entre hermanos se ven más que a los padres, lo que significa para el adolescente que está atento a su hermana. Jessica está viendo hacia fuera. Los padres están viéndolos a ellos pero también viéndose entre sí. El padre se muestra inseguro de que sus hijos se puedan ir y que pierda contacto con ellos. A Lucía le agrada porque puede ver a sus hijos. Luis no se siente muy bien, quiere un poco de libertad, agrega que eso “será en el futuro”.

Por lo tanto, su escultura hacia un año es casi igual, salvo que él y su hermana tienen un poco más de distancia de sus padres, todos están viéndose entre sí, padres entre padres, padres a hijos, hermanos entre ellos, todos viendo hacia fuera. Jessica se siente a gusto, le dice a su hermano que estará para él cuando la necesite, sin embargo, se percibe lejana de su papá, piensa que es más cercana a mamá. Carlos expresa que cree que con el tiempo sus hijos se alejarán más. Luis explica que sus brazos unidos significan unión y protección, siempre tocarían a sus padres, sus brazos “se alargarán”.

Por último, se utiliza una técnica de relajación que induce la coterapeuta, en la cual se usa una metáfora que, en resumen, habla de un bosque donde dos hermosos árboles se han encontrado y producen dos retoños. Cuando son unas ramitas, son sumamente cuidados; pero los árboles son tan altos que no dejan que la luz entre y permita crecer a los pequeños retoños, por lo tanto, piden a unos jardineros que les ayuden a mover a los pequeños, hacia un lugar donde el aire fresco y la luz permita que crezcan grandes y frondosos. Con este ejercicio finaliza la sesión y el proceso de la Familia Hernández.

Creo que para lograr la meta con esta familia, que para mí significó un “éxito”, requirió de trabajo personal, teórico, de supervisión y de discusión con el equipo, en cada sesión. Aunado al compromiso y persistencia de los pacientes, pero sobre todo su motivación auténtica de mejorar las relaciones familiares, fueron los ingredientes para pensar que este fue un caso basado en la ética y esfuerzo de cada uno de los involucrados.

En mi devenir como terapeuta, cuestioné mi propia postura rebelde y transgresora, pero sin sentido ni creación, de la autoridad. No me fue fácil reconocer que estaba aprendiendo, que algunas veces era necesario seguir las indicaciones de la supervisora, o de compañeras y compañeros con más experiencia clínica, con la finalidad de hacer lo mejor posible para los pacientes. Al mismo tiempo pude reflexionar, y continúo haciéndolo, sobre las formas viables de defender lo que creo y pienso, de expresar mi sentir desde el respeto al Otro. Canalizar mi enojo o descontento, en lugar de sólo explotar, somatizar o esconderme. Pienso que, a veces, no es necesario hacer la guerra para ganar batallas.

3.1.2. Análisis y discusión de las temáticas relacionadas con los casos expuestos

En este apartado presento el análisis y discusión de los sistemas terapéuticos de los casos expuestos. El tema central sobre el cual elijo enfocar mi análisis y discusión está relacionado con la persona del terapeuta, específicamente en la reflexión del devenir como una terapeuta familiar.

Mi propuesta es indagar a partir de un elemento del sistema terapéutico total: una mujer que deviene terapeuta y las resonancias que emergen en mi práctica clínica con familias. De acuerdo con Cecchin (1994) y Canevaro (1996) es necesario reconocer y otorgar un carácter científico a la investigación clínica de la terapia familiar, en la cual se evalúen sus resultados, y permita abrir espacios para la discusión, reflexión y revisión del quehacer clínico, con miras a desarrollar modelos de intervención que responden a necesidades de familias en sus contextos.

Las preguntas que guían mi análisis son las siguientes: ¿cuáles son las resonancias que emergen en la relación que se construye entre la terapeuta y las familias que atiende? ¿qué repercusiones tuvieron para los sujetos involucrados en la relación, para la terapeuta y para los pacientes?

Como terapeutas generalmente reportamos las intervenciones que tienen efectos sobre los pacientes, pero pocas veces nos atrevemos a explorar qué efectos tiene la reacción consciente o inconsciente del terapeuta ante determinados pacientes, es decir qué sucede con la contratransferencia o “aquellas vivencias intensas y de gran permanencia, tanto conscientes e inconscientes que tiene un terapeuta como producto de la interacción con un paciente, pareja o grupo familiar; vivencias que pueden ser provocadas o inducidas por las subjetividades de los

participantes, o ser producto de su propia subjetividad, o una mezcla de ambos factores" (Velasco, 2005).

Un primer acercamiento a las reacciones de los sistemas familiares, fue hecho por Minuchin (1977) para quien la resonancia del sistema familiar se trata de una sensibilidad del sistema ante las acciones individuales de los miembros. Para este autor depende de una escala de aglutinamiento o desligamiento; por ejemplo, ante las intervenciones de algún miembro, en sistemas aglutinados se requiere umbrales muy bajos que activan a todo el sistema; por otra parte cuando hay desligamiento, se requieren umbrales muy altos para que los miembros del sistema "sientan" lo que sucede al resto del sistema. Empero, este autor deja fuera la reacción del terapeuta ante las activaciones de los umbrales de cada tipo de familias.

La ampliación y dirección de la observación, hacia el o la terapeuta, como un observador participante, aparece con la postura desde la cibernética de segundo orden, en la cual se reconoce que las propiedades del observador entran en la descripción que éste hace de sus observaciones; se considera que el observador emerge justo en el mismo instante que entra a observar en el sistema que observa y le refiere sus propiedades al describirlo.

Fue Elkaïm (1989) quien comenzó a nombrar estos fenómenos, en el sistema terapéutico total, en lo que denomina *ensamblaje* o un "conjunto creado por diferentes elementos en interrelación en una situación particular, elementos que pueden ser tanto genéticos o biológicos como ligados a reglas familiares o a aspectos sociales o culturales... por elementos ligados a reglas intrínsecas propias de este sistema terapéutico particular, pero también por singularidades que pueden ser tanto significantes como asignificantes" (Elkaïm, op.cit. p.145).

Una forma particular de los ensamblajes es el concepto de *resonancia*, que de acuerdo con Elkaïm (1994) surge cuando un elemento conecta las construcciones del mundo de los involucrados en el sistema terapéutico implica: la institución que atiende al paciente; el grupo de supervisión incluido el supervisor; la familia de origen del terapeuta; y la familia del paciente (Elkaïm, 1998).

En otras palabras, en el encuentro con una familia el terapeuta puede comenzar a "sentir" ciertas emociones que están relacionadas con su historia de vida, las cuales aparecen amplificadas en esa relación particular. Hecha la observación anterior una resonancia puede significar un puente que une al terapeuta con esa familia, no obstante se puede convertir en un riesgo en el que la visión del terapeuta y de sus pacientes sea reforzada de manera recíproca.

Las resonancias no existen como entes independientes, surgen en los acoplamientos, entre las construcciones de lo real de los miembros del sistema en juego. Son el resultado de construcciones mutuas entre lo real que va siendo nombrado y el contexto en el cual el sujeto, en este caso el terapeuta, lo va nombrando, por lo que se originan en la autorreferencia. No obstante Elkaïm (1998) expone que existe el riesgo de que dichas construcciones se puedan convertir en un riesgo en el que la visión del terapeuta y de sus pacientes se refuerce de manera recíproca, perpetuando el problema.

¿Cuáles son los posibles efectos de la resonancia que se muestran en el sistema terapéutico total? Cecchin (1994) observó que, ante la imposibilidad de no reaccionar ante una familia, el terapeuta puede comenzar a reforzar el problema en lugar de encontrar alternativas de solución viables. Por ejemplo, ante una familia que se muestra incapaz de encontrar soluciones, el terapeuta se muestra en extremo útil o se comporta como un profesor que enseña cómo es que se resuelven los problemas, desde su visión personal. Otra posibilidad es que frente a un sistema que se resiste o que se muestra con deseos de ser controlado, el terapeuta responda efectivamente controlando a la gente. O ante una familia que se comporta victimizada o vulnerable, el terapeuta reacciona protegiéndola. Cuando ciertos prejuicios sobre delitos o comportamientos moralmente incorrectos, sean despertados en el terapeuta, éste puede actuar castigando a los pacientes.

¿Qué utilidad pueden tener dichas resonancias para el proceso de las familias? Al parecer la observación y análisis de la reacción de los terapeutas, es una forma de generar hipótesis que propongan nuevas búsquedas y genere curiosidad en el profesional, permitiendo la movilidad del proceso con sus pacientes. Un aspecto que ayuda es salir del contenido e ir a revisar el proceso. Algunas preguntas útiles para él o la terapeuta son ¿cuál ha sido tu reacción ante esa familia? ¿qué ha hecho la familia para que te sientas así? ¿cómo podemos utilizar esta reacción para llevarla de nuevo a la conversación terapéutica? (Cecchin, op. cit., p. 64-65).

Fortes (1994) sugiere que cuando el terapeuta relaciona las resonancias a sus saberes puede transformarlas en fortalezas en su práctica clínica. Algunos puntos que pueden ayudar a realizar esta relación son que el terapeuta revise sus sistema de creencias, los discursos que han dominado diferentes etapas de su vida, revisar los prejuicios sobre racismo, género, sexualidad; así como reflexionar sobre las “teorías en uso” con las que trabajamos en la terapia. Así como estar atentos a la dimensión cultural en el terapeuta, como lo son las diferencias y similitudes con las familias que atiende.

Pakman (2002) señala que la terapia y las instituciones en las que está inserta, son parte de contextos políticos. El terapeuta deberá estar atento a las ideas, valores y actitudes relacionados con la etnicidad, clase social, género, orientación sexual y religión de sus pacientes, es evidente entonces que la resonancia sin analizar podría reforzar relaciones que reproduzcan la discriminación y la opresión de ciertos grupos sociales.

La mirada hacia el terapeuta es doble, se refiere a desde dónde observa y escucha a la familia que trata, para continuar con una mirada de vuelta sobre cómo se narra en su identidad como terapeuta y cómo es percibido por sus pacientes, seguidamente de la reacción que tiene frente a cómo cree que los otros la o lo perciben.

Para ilustrar esto me referiré al tema del género. La reflexión del terapeuta se puede plantear a través de las preguntas sobre la forma en la cual se está relacionando con la familia, Mac Kune-Karrer y Weigel Foy (2004), plantearon una meta modelo que ubica a los y las terapeutas en un continuo de cuatro posiciones posibles ante las relaciones de género:

1) *Tradicional*, que considera superior a los hombres, se esperan roles complementarios donde los hombres son percibidos como quienes resuelven problemas, protegen y están orientados hacia el exterior, son el soporte económico y proveen; mientras que las mujeres son las expertas en las relaciones interpersonales, se enfocan en la crianza, en el cuidado y la atención de las necesidades familiares.

2) *Enterada del género*, que significa que el terapeuta se cuestiona acerca de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, pero se presenta confuso respecto a qué esperar y cómo actuar al respecto, muestra insatisfacción por las limitaciones de los roles tradicionales, lo cual le coloca en una postura crítica.

3) *Polarizada*, como su nombre lo indica, se fundamenta en la no aceptación de los roles tradicionales, por lo que se desafían abiertamente las creencias que se muestren tradicionales, polarizando las interacciones, sus efectos pueden “dislocar” la relación terapéutica.

4) *De equilibrio*, le subyace la creencia en la igualdad socio-político-económica de los seres humanos, se pretende alcanzar un estado de igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres; el terapeuta desde esta postura toma en cuenta el contexto de la relación.

Con referencia a lo anterior las autoras proponen una sensibilización de los terapeutas, hacia la postura de equilibrio, con miras a generar un impacto en sus relaciones personales, según se ha visto un terapeuta sensibilizado no podría mostrar una postura enterada del género con los pacientes y una polarizada en su vida cotidiana. En este sentido, las autoras recomiendan que cada terapeuta revise y reconozca sus prejuicios con respecto al género y las prácticas sexuales, preguntándose ¿cuáles de mis afectos y/o pensamientos están implicados con estos temas? ¿cómo me relaciono a partir de éstos con mis pacientes? ¿me limitan o acercan a la relación terapéutica?

Resulta oportuno mencionar la propuesta de la conversación dialógica de Goolishian y Anderson (1998), que mantiene al terapeuta consigo mismo(a), él o ella se prepara para negociar y cambiar sus propias visiones, tanto como los demás participantes en el sistema que se ha formado a partir del problema. Lo anterior no implica que el terapeuta no tenga prejuicios, sino que la conversación terapéutica será una oportunidad para entrar en riesgo y generar cambios en las visiones de las y los terapeutas, en ese sentido en el proceso el primero que está invitado a cambiar es el o la terapeuta.

En el orden de las ideas anteriores cabe preguntar ¿en qué contextos se realiza la reflexión del terapeuta al respecto de la resonancia? Para Población y López (1996) se genera en el proceso de la supervisión, espacio en el que se llevan a cabo movimientos en aspectos emocionales del terapeuta, que ponen en juego la relación entre todos los involucrados en el sistema terapéutico.

Samper y Garcíandía (2006) consideran que el espacio de supervisión debe caracterizarse por integrar y hacer explícitos los elementos étnicos invisibles, o silenciados, y por construir una conversación dialógica entre supervisor y supervisado, de forma horizontal y constructiva. En este sentido el terapeuta aprende a aprender, se transforma a él o ella mismo(a), al promover las transformaciones en sus consultantes, por lo que cada uno de ellos es una oportunidad de cambio para él o la terapeuta.

Según se ha visto con Roberts (2002) las construcción de narraciones significan un recurso en la enseñanza y aprendizaje de la terapia familiar, donde los terapeutas en entrenamiento experimentan el impacto de las historias en sus propias vidas y los efectos sobre sus valores y creencias, si están dispuestos a transformarlas entonces podrán usarlas como herramientas en su práctica.

En efecto, el paso hacia la reflexión sobre nuestra historia como terapeutas se anuncia complejo, Linares y Ortega (2008) plantean que una supervisión directa implica una incomodidad

para el aprendiz, donde "el terapeuta en formación sufre, siente malestar, incomodidad consigo mismo, se muestra ansioso, inseguro, coartado... ; y esto sucede... por ese continuo estar confrontado con sus supuestos básicos de acción, con sus interiorizados esquemas causales, con su propio concepto de lo verdadero y lo real" (Linares y Ortega, op. cit., p. 87). Por lo que la apertura a revisar nuestro quehacer clínico requiere de flexibilidad y fortaleza.

3.1.3. Análisis y discusión teórico - metodológica de la intervención clínica con las familias, y del Sistema Terapéutico Total

Ante la situación planteada, creo que es conveniente dibujar la imagen que yo recuerdo de mí, en la época en que atendí a las familias que reporto. Me encontraba en varios pasajes: de edad, en el curso de los 29 hacía los 30 años; de vivir en forma independiente a regresar a casa de mis padres; en la plena vivencia de un duelo de mi hermano menor, el cual llevaba varios años; en una relación de noviazgo, que reproducía roles de género tradicionales, cuyo momento anunciaba la futura separación. La sensación que viene a mi memoria es de una mujer joven, soltera, profesional con poca experiencia en el ejercicio de su disciplina, que se mostraba insegura de sus conocimientos y habilidades previas.

En ese tiempo hubo para mí otra transición respecto a mi proceso terapéutico. Había decidido finalizar la terapia individual, que llevaba a la par con otro proceso de terapia familiar donde elaboraba el duelo de la pérdida de mi hermano, al lado de mis padres y hermana, cuya alta se acercaba. Había elegido iniciar análisis con orientación lacaniana. A partir de esta breve descripción, he encontrado resonancias, es decir puentes construidos desde algunas experiencias de mi historia de vida a la historia de las familias, de las narraciones hechas por ellos a las que yo narraba sobre mí.

En el primer caso que presento, *identifico una resonancia* en mi construcción de las relaciones de género, analizo la reproducción de un espacio masculino en la práctica clínica. De acuerdo con Lagarde (2005) defino *masculino* como el dictado de las reglas en el proceso, el ejercicio fáctico de poder, la imposición de una particular visión del mundo, desde la ausencia y distancia afectiva el dictado de "cómo hacer" a sus subordinados. Mientras que lo *femenino* se caracteriza por representar el lugar de sometimiento, debilidad, silencio, estar abajo, ser para otro, de la especialización en el cuidado de las relaciones afectivas.

Aunque yo había pasado un tiempo reflexionando sobre el movimiento feminista, la categoría de género y su repercusión en la vida cotidiana, la violencia, la maternidad, la sexualidad y la subjetividad femenina; me sorprendí relacionándome con otras mujeres y hombres en formas tradicionales. Según Mac Kune-Karrer y Weigel Foy (2004) yo trabajaba con una postura “de equilibrio”, sin embargo, en el análisis de mi actuación puedo ubicarme en una forma “tradicional” de género.

Por ejemplo, mi silencio estuvo presente en la mayoría de las sesiones, salvo las que yo llevé sola o en el periodo en el que el equipo, conformado por otras mujeres, me ayudó a empoderarme y subir el volumen de mi voz. Aunque tenía ideas, hipótesis sobre lo que sucedía con la familia, así como curiosidad por conocer información, mi postura de “estar detrás” y “abajo” me llevaba a intervenir con menos frecuencia e intensidad. Obedecía las indicaciones de otra mujer, mi supervisora, a quien veía en una jerarquía mayor, empero no en un respeto por su autoridad, sino desde el miedo de una mujer con poder suficiente para señalar que mi lugar no era el mismo de los coterapeutas (varones); fue hasta que hablé con ella, tomando mi lugar de la terapeuta en formación, estableciendo una agenda a seguir, llevando una propuesta, que pude relacionarme como dos mujeres en una relación académica.

La sumisión la identifiqué en el permiso que otorgué a mis compañeros terapeutas de tomar la batuta, aún cuando yo no estaba de acuerdo con algunas de sus intervenciones, o definitivamente con su estilo de llevar la sesión. Con el primer coterapeuta la relación se complejizó por el vínculo personal, en donde la relación era tradicional, y podía resumirse en: él presentaba su razonamiento y conocimiento como una verdad, yo la respaldaba, en varias formas la validaba. Este principio ordenaba el resto de los ámbitos de la relación, incluso el profesional.

Con el segundo coterapeuta, me fue menos complicado enfrentar algunos conflictos porque la relación no era cercana, esta distancia me permitía hablar y decir lo que sentía, pedir y movilizarme a resolver los conflictos sin miedo de salir lastimada, aunque me tomó tiempo porque yo no quería problemas, me enredaba en mi prejuicio sobre que las mujeres no debemos mostrar el enojo o “ser peleonas”, sino mostrarnos necesitadas y salvadas por otros más o menos hábiles en esas tareas.

El ser para otros y cuidar de las relaciones estuvo presente en la mayoría del tiempo del caso, yo hice una coalición con la madre, entre ella y yo se decidían los días de la sesión, quién venía y

si los recibía a la familia o no, era un pequeño espacio de poder, donde ambas nos deleitábamos, fuera de éste no había otro visible o al menos reconocido por los hombres, o por otras mujeres.

Pienso que justamente el origen de la resonancia estaba ubicado en esta coalición con la madre. Ya que la relación de la pareja conyugal, tenía una larga historia de desacuerdos no hablados, desde la inconformidad de esta mujer de ir a vivir a su actual lugar de residencia, de quedarse a cargo de la familia cuando su esposo salía a trabajar por largos periodos de tiempo, que expresaba no en lo verbal, sino a través de la somatización, su cuerpo hablaba por ella: las migrañas, la depresión, la avitaminosis, los dolores, por todos lados el cuerpo decía lo que el habla no se atrevía, o no quería decir. Yo no somatizaba, pero continuaba evitando abrirme a decir, sólo actuaba mi molestia, mi descontento con las decisiones de las cuales no era partícipe, como las intervenciones de la supervisora, la imposición de la visión del caso de ambos coterapeutas, del cambio arbitrario de éstos, de baja colaboración del segundo coterapeuta para realizar el cierre.

Ahora bien, fue interesante que durante el proceso terapéutico se presento una resonancia con respecto a las dificultades que presentaba el sistema terapéutico total frente a los cambios de la vida cotidiana, como se puede ver en el hecho de que la institución (el Centro Comunitario) nos albergaba, a los residentes, por un periodo determinado que en algún punto debía terminar y significar un cambio para los pacientes; por su parte, la supervisora realizó cambios en las parejas de coterapeutas con el objetivos pedagógicos; en la familia los varones, el padre y los hijos mayores se ausentaban con frecuencia por motivos laborales.

Cabe agregar que en la pareja inicial de coterapeutas, en un nivel personal estaban ocurriendo otros cambios. La relación de noviazgo se había deteriorado por conflictos relacionados con el rumbo profesional que cada uno de nosotros estaba decidiendo sus proyectos de vida y los caminos se observaban distintos. Al respecto, la Mtra. Jacqueline Fortes (comunicación personal) me cuestionó durante el análisis del caso, cómo es que un proceso familiar se estuvo enfocando frecuentemente hacia la pareja, y si esto estaba relacionado con un aspecto personal. Según mi opinión, la persistencia en buscar “el conflicto” en esa pareja, era parte de una resonancia con *mi* pareja, a causa de los cambios que se presagiaban, que generaban problemas en la relación y quedaban sin nombrarse, empero se reflejaban con los pacientes que atendíamos en coterapia.

Por las consideraciones anteriores, la resonancia fue señalada por la supervisora como “algo” que me sucedía en las sesiones, con mi tono de voz bajo, mi postura retraída y poca participación e interacción con los pacientes. La falta de análisis de las sensaciones, eran mostrados por mí como una serie de “síntomas” de malestar, de mi resistencia a entrar en la discusión, hacer visible mi postura y defenderla, hacer valer mi palabra.

En la actualidad reflexiono sobre ¿qué alternativas tenía para resolver estos conflictos? Para ilustrarlo propongo que algunos temas en los que me podría apoyar, y abrir la conversación con la familia, serían sobre: identidad de género, significados de lo femenino y lo masculino, relaciones de pareja, solución de conflictos, género y salud

Al respecto cuestionaría ¿qué necesitaba cada una de estas mujeres? ¿qué construcción de lo femenino tenía Rosa? ¿qué construcción de lo femenino tenía su hija? ¿qué construcción de lo femenino tenía cada uno de los varones implicados? ¿cómo estas construcciones tenían efectos en las relaciones entre las mujeres y hombres de este sistema? ¿cómo lo estaban teniendo en el sistema terapéutico total? ¿cómo lo estaba viviendo yo la relación con las mujeres y varones del equipo, en ese momento? ¿de qué forma los hombres son socializados para relacionarse con las mujeres? ¿qué ideas tienen los varones sobre lo que significa *cuidar* a las mujeres de sus familias? ¿qué dificultades enfrentaban los hombres de esta familia al movilizarse para obtener recursos económicos? ¿qué significaban sus ausencias para ellos? ¿cómo vivían los cambios?

Significa entonces que reflexiono sobre mi construcción como una mujer: nacida a finales de los setenta, creciendo entre las crisis de los ochenta y noventa, en una familia de clase media baja, comenzando a madurar en el principio de siglo, con una educación católica, tradicional, patriarcal. Una mujer para otros, que se deconstruye y reconstruye para ser para ella misma. Que se mezcla en la corriente de posmodernidad, que le susurró al oído que podía ser lo que quisiera, incluso dejar de ser ella misma, pues todo es válido y los compromisos son efímeros. Una mujer que va pasando de la cómoda impostura a la demandante toma de postura. Una terapeuta con sus prejuicios en lo que se refiere a las relaciones entre mujeres y hombres.

En mi opinión los efectos de mi falta de análisis personal, para este caso, produjo que se perdieran oportunidades de cuestionar las construcciones de género y pareja en esta familia, en la coterapia, en la supervisión, con el equipo terapéutico y con la institución. Por ello, lo rescato en este espacio y dejo abiertas las preguntas ¿cómo reproduce la práctica clínica la masculinidad dominante? ¿qué construcciones de lo femenino se ponen en juego en la práctica de los y las

terapeutas familiares? ¿cómo resuelve una terapeuta familiar el trabajo en desigualdad de poderes? ¿qué prejuicios subyacen a la creencia del sistema terapéutico total como un espacio aséptico? ¿qué consecuencias tiene, en el quehacer de la o el terapeuta familiar, silenciar que su práctica es además un espacio político?

De la misma manera, en el segundo caso la *resonancia* está relacionada con las crisis por los cambios en los ciclos de vida. Recuerdo que la supervisora y el equipo señalaron, desde la primera sesión, que yo “evitaba” hablar con el adolescente, que me mostraba distante emocionalmente de su experiencia, les parecía fría y rígida respecto a mis intervenciones hacia él. Mi sensación fue de malestar, al escuchar esta descripción sobre mi forma de relación con un paciente. Durante una semana, pensé en qué me impedía acercarme al chico, pues yo consideraba que podía relacionarme fácilmente con los jóvenes.

Entonces, mi resonancia fue construida cuando en una sesión, entre la tercera o cuarta, vi llegar a Luis con el uniforme verde de la secundaria, en ese momento caí en cuenta que mi paciente adolescente me recordaba a mi hermano, tenían casi la misma edad, estudiaban en una escuela pública, eran altos y delgados, les gustaba el grafiti, tenían un conflicto con su padre y se ponían en riesgo, al alcoholizarse o huir de casa, en el caso de mi paciente; con la muerte en el suicidio, en el caso de mi hermano.

Me daba vergüenza admitir que estaba relacionando un aspecto de mi vida con un caso que atendía. Aún cuando “sabía” que en la clínica trabajábamos desde una cibernética de segundo orden, de sistemas observantes, mi experiencia era de ocultar a toda costa que algo de mi pasado estaba afectando mi desempeño actual. Lo cual comenzó a convertirse en una pesada carga.

En esa época estaba en terapia familiar, con mi propia familia, valga la redundancia; el proceso estaba en una especie de pre-alta, ya se había anunciado su finalización, pero faltaba elaborar un par de cartas y ejercicios en común con mis padres y hermana. Entre nosotros había mejorado notablemente la comunicación, en especial sobre el evento traumático de la pérdida. Creo que esta condición facilitó que yo abriera el tema con mis padres. Recuerdo que los encontré en su casa, una noche mientras veían TV, les pedí un momento para hablar con ellos. Estando frente a frente, con el temor a lastimarlos y a encontrar en mí más de lo que me hiciera sentir triste, lo que emergió en mi discurso fueron la culpa y enojo.

La primera porque sentía que yo, una estudiante de psicología, no había logrado ver que mi hermano tenía problemas, que requería algún tipo de ayuda, me recriminaba por estar en mis

preocupaciones y en pelear con él por cosas que ahora me parecían triviales. Había convertido esa culpa en un freno para seguir adelante, en lugar de crear estaba destruyendo, quedándome detrás, al seguir pensando cuáles hubieran sido todas las posibilidades para ofrecerle a mi hermano.

El enojo se mostraba con el rostro de la tristeza. Durante varios años justifiqué mi estado de ánimo, mis fracasos y mi falta de sentido de vida, a través de esa sensación de cansancio permanente y de probar que todo era muy difícil para mí, por haber atravesado por una experiencia como la que he descrito. La somatización del enojo, que ya no alcanzaba a través de la tristeza, por ejemplo en dolencias que aparecían pero sin un correlato físico que explicara su intensidad. Lo que yo fui viviendo fue la develación de una emoción que negué por mucho tiempo: el enojo con mi hermano por irse de una forma tan violenta para quienes lo sobrevivimos.

Cuando pude expresar que podía extrañarlo, y estar enojada al mismo tiempo, fui capaz de identificar que tendría que canalizar ese enojo hacia algún sitio, en lugar de interiorizarlo y convertirlo en tristeza que amenazó en algún tiempo con convertirse en depresión. Aceptar que me sentía culpable y enojada, abrieron la posibilidad de continuar cerrando el duelo, así como de crear otras posibilidades de relación con mi hermano, desde la escritura, hasta la participación en la creación de un colectivo integrado por jóvenes.

En lo tocante a la relación con el paciente adolescente, pude comenzar a acercarme e interesarme en qué otras cosas hacía, cuáles eran las formas de relacionarse con su padre, en buscar otras alternativas para darle entrada a esta fase, que fuese su familia quien le proporcionara el soporte que se requiere en esta etapa de la vida, desde las formas que ya tenían construidas en la infancia. Más tarde, cuando se cerró el proceso, me conmovió cómo el adolescente tranquilizaba a sus padres al decirles que sus “brazos se alargarían”, para estar siempre en contacto con ellos, pero manteniendo la relación. Pues eran unos padres con tendencia a la rigidez y a la sobreprotección, él parecía comprenderlo e incluso complementarlo con su necesidad de protección y continuidad.

Pienso que la resonancia, con el equipo y la supervisora, ocurrió en la elaboración de cierres, puesto que para mí era el último semestre, también se daba un paso hacia otra etapa de formación como terapeuta. También significaba que era “la hermana mayor”, desde una postura

más consciente de mi lugar y lo disfrutaba, de ser consultada sobre ciertos temas, de ponerme en un lugar de “saber algo” versus “saber nada”, que había sido frecuente durante mi formación.

En igual forma con el equipo terapéutico podía expresar mis ideas e hipótesis sobre lo que observaba en la familia, arriesgarme a intervenir, sintiéndome libre, con menos juicios que cuando trabajaba con otros equipos, por ejemplo con personas de más edad o con mayor tiempo de práctica clínica. Con este equipo podía ser una hermana mayor eficiente, útil, inteligente, ágil. Yo había pasado ya un semestre con la supervisora, conocía su estilo y un poco de qué esperar cuando hacía comentarios o cuestionaba las formas de intervención. Para mí, fue un pasaje del miedo que le tenía a un respeto por su forma de educar a los terapeutas, incluida yo.

Yo pienso que el éxito de este caso, estuvo entretejido por estas condiciones: mi reflexión sobre las emociones que experimentaba frente a mi paciente, que me recordaban un asunto pendiente en mi historia de vida; el apoyo terapéutico que recibía, que tuvo efectos en poder “decir” que sentía culpa y enojo, que me llevó a dar un salto cualitativo hacia la resolución de un duelo. Ponerme en un lugar conocido, dentro de mi familia de origen y colocarme con cierto “saber”, en las relaciones dentro del contexto en el que atendíamos a la familia.

Se acercaba un cierre del proceso de formación como terapeuta, frente a la institución, en aquel momento también resonaba enojo, por expectativas no cumplidas. Había una resonancia con la familia, unas ganas de salir huyendo de esa casa que restringe, que es rígida y castiga; de unas madres y padres –simbólicos- que no respondían a una necesidad afectiva, de reconocimiento, de nombrarme como una terapeuta. Esta última reflexión es reciente, aún no sabía que ese trabajo era mío, pero que si requería de una guía y una mirada amorosa de su parte.

Con estas reflexiones concluyo el análisis de los dos casos que presento.

3.2. Habilidades de Investigación

3.2.1. Tipos de violencia en relaciones simétricas y complementarias¹⁰

RESUMEN

En las últimas encuestas nacionales sobre violencia familiar, los resultados indicaron que la violencia hacia las mujeres tiene un alto nivel de incidencia y repercusiones en la salud física y emocional de las mujeres, además los efectos se expanden hacia otros miembros de la familia, éste dato se ha observado en el trabajo clínico en terapia familiar. Por lo tanto, se encontró útil la elaboración de una herramienta que apoye a los terapeutas en la detección y elección del tipo de intervención más adecuado para esta problemática, y que brinde la posibilidad de continuar desarrollando investigación sobre el tema. El objetivo del presente trabajo fue la construcción de un instrumento que permitiera identificar los tipos de violencia física, psicológica, sexual y económica, y de interacción simétrica o complementaria, en las relaciones de las mujeres con sus parejas. En una primera fase, la muestra fue de 300 mujeres, 150 estaban en proceso terapéutico en una institución especializada en el trabajo con violencia familiar; las otras 150 mujeres no tenían antecedentes o denuncias por violencia con su pareja. El diseño de la investigación se realizó en las siguientes etapas: claridad del instrumento, juicio y validación. En análisis fue por reactivos, análisis de factores, Alfa de Cronbach y para la validez de criterio se utilizó la prueba T-Student para muestras independientes. Los resultados de la primera fase arrojaron que el instrumento presentó calidad discriminativa para dos factores Violencia Psicológica y Violencia Física, en el tipo de interacción simétrica; en la segunda fase, se llevaron a cabo las mismas etapas de la investigación, pero no se distinguieron factores debido al tamaño de la muestra, que fue de 59 mujeres violencia, 52 sin antecedentes de violencia.

Palabras clave: pareja, interacción simétrica, interacción complementaria, violencia agresión, violencia castigo, modelo estratégico.

Hace aproximadamente dos décadas que se comenzó a hablar sobre la violencia familiar como un problema de salud pública. El reconocimiento en la sociedad obligó a la reflexión y cuestionamiento sobre la familia como un espacio de tranquilidad y armonía, como un ámbito idóneo para el crecimiento y desarrollo personal de sus integrantes, pues con la violencia, la familia resultó ser, en muchos casos, una ilusión más que una realidad.

En la legislación de nuestro país se definió a la violencia familiar como “el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho” (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007, Artículo 7).

Torres (2001), clasificó la violencia en cinco tipos:

Violencia física. Incluía golpes, heridas, mutilaciones y el homicidio. Las lesiones podían ser internas, de consecuencia

¹⁰ Artículo elaborado en 2008, como parte de la investigación cuantitativa, dirigido por la Dra. Dolores Mercado.

a largo plazo. El que golpea podía utilizar su cuerpo, objetos o armas.

Violencia psicológica o emocional. Aquí sólo la víctima podía referir sus sensaciones y malestares. Las consecuencias no eran observables, aunque podían surgir alteraciones en el cuerpo a causa de la violencia, como trastornos de alimentación, sueño, en la piel, úlceras, gastritis, etc. Entre los medios utilizados, para ejercer violencia, estaban la mordacidad, la mentira; la ridiculización; el chantaje; los sarcasmos relacionados con el aspecto físico, las ideas o los gustos de la víctima; el silencio; las ofensas; las bromas hirientes; el aislamiento y las amenazas de ejercer otras formas de violencia, por ejemplo física o sexual.

Violencia sexual. La violación era la más evidente pero no la única. Se incluían tocamientos, el hecho de obligar a la víctima a tocar el cuerpo del agresor, realizar prácticas que no desea, burlarse de su sexualidad y acosarla, el hostigamiento sexual, prostitución forzada, comercio sexual, prácticas sexuales con adultos para pornografía. Integra la violencia física y emocional, aunque con la variante específica de la sexualidad.

Violencia económica. “Disposición y manejo de recursos materiales (dinero, bienes, valores), sean propios o ajenos, de

forma que los derechos de otras personas sean transgredidos” (Torres, 2001, p. 34). El robo y la destrucción de objetos y por omisión, como no dar gasto, alimentación, vestido, salud o educación.

La violencia de pareja, según Walker (en Torres, 2001), puede ser observada como un ciclo que está constituido por las siguientes fases:

Acumulación de tensiones. Esta comienza a partir de un problema que no se resuelve y produce molestia en alguna o ambas partes. Se pueden presentar agresiones pasivas como el silencio o ignorar, así como agresiones verbales y otras variantes de violencia psicológica: control, asedio, celotipia. Las mujeres pueden presentar trastornos alimenticios, de sueño o dolores de cabeza.

Episodio agudo. Se trata de un momento o episodio en donde la tensión acumulada explota con conducta violenta y la intensidad de esta puede ser variable pero mortal.

Luna de miel. En esta se produce el arrepentimiento por parte del agresor, se piden disculpas y se promete que no se repetirá el episodio de violencia. Lo anterior trae una aparente estabilidad hasta que se acumulan nuevamente tensiones y se repite el ciclo. Este se va repitiendo más rápido

cada vez y llega a suceder que la fase de luna de miel desaparece.

Perrone y Nannini (1997) argumentaron que en las relaciones simétricas se daba una violencia agresión (física y/o psicológica), la cual aparecía con el afán de reivindicar la pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder en la relación. Había una pausa complementaria en la interacción simétrica, la cual se daba en dos etapas diferentes: cuando aparecía el sentimiento de culpabilidad (motor de la voluntad y movimiento para la reparación) y cuando existían los comportamientos reparatorios (olvido, canalización y desculpabilización, en pro de mantener la armonía, solidaridad y armonía en la familia). En la violencia agresión, la identidad y la autoestima estaban preservadas: el otro era existencialmente reconocido, los actores mostraban su preocupación y voluntad de salir adelante en cuanto se daba esta pausa complementaria.

Sin embargo, el otro tipo de relación, la complementaria también podía radicalizarse y convertirse en violenta, dando como resultado la violencia castigo, donde la relación de la pareja era desigual, por lo tanto el de mayor estatus o nivel se tomaba el derecho de dañar al otro, que a veces por definición estaba colocado, o se colocaba en

una clase inferior. En este tipo de violencia no había pausa, no había un descanso, pues los actores aceptaban y parecían convencidos de que así era la relación.

La importancia de realizar este instrumento es identificar el tipo de violencia y el tipo de interacción a través de la cual se relacionan las mujeres con sus parejas. Como hemos mencionado al inicio se trata de una problemática de salud pública, donde las cifras de mujeres violentadas en nuestro país son alarmantes, y que coinciden con la demanda de psicoterapia en la clínica. Por lo tanto, encontramos útil elaborar un instrumento que fuese una herramienta para el terapeuta y que lo apoye en la elección del tipo de intervención más adecuado para esta problemática, dependiendo si la relación es del tipo simétrica o complementaria.

Método

La construcción del instrumento se llevó a cabo en dos fases, dado el objetivo general y los resultados de la primera fase, donde sólo se obtuvo un instrumento cuya utilidad era identificar la violencia psicológica agresión y violencia física agresión, sin identificar el otro aspecto de la interacción, es decir, alguna interacción castigo; la segunda fase estuvo encaminada a realizar una nueva prueba pero debido al tamaño de la muestra (n=139), no fue

posible realizar un análisis factorial; sin embargo, los datos se reportan para futuras investigaciones en la línea de violencia.

Fase 1

En ésta fase el objetivo fue elaborar reactivos para piloteo, se exploró la claridad en la redacción de los ítems y su comprensión por parte de los sujetos a los que se les pidió los leyeron, contestaran e hicieran comentarios al respecto.

Se pidió la participación a 10 sujetos, con las siguientes características: 5 Hombres y 5 mujeres de edades entre 22 y 51 años de edad.

Por *violencia castigo* entendimos la interacción en la cual uno de los miembros de la pareja ejercía la violencia, pero el otro miembro no respondía a dicha acción; se definió *violencia agresión* en las situaciones donde uno de los miembros ejercía la violencia y el otro miembro de la pareja respondía con otra acción o conducta; este eje se cruzaba con otro donde se encontraban los tipos de violencia, resultando ocho variables: violencia psicológica castigo, violencia psicológica agresión, violencia física castigo, violencia física agresión, violencia económica castigo, violencia económica agresión, violencia sexual castigo y violencia sexual agresión.

Se redactaron situaciones que se clasificaron de acuerdo con las variables dando como resultado 112 reactivos, distribuidos en las categorías que se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Número de reactivos por categoría.

Violencia		No. de reactivos
Psicológica	Castigo	18
	Agresión	12
Física	Castigo	13
	Agresión	14
Económica	Castigo	11
	Agresión	18
Sexual	Castigo	11
	Agresión	15

Claridad. Los reactivos anteriormente descritos se aplicaron a los sujetos, a través de entrevistas y se recopilaron sus comentarios sobre el lenguaje y redacción.

Posteriormente se probó la correspondencia de cada uno de los reactivos con la categoría asignada, de acuerdo con la calificación de los jueces.

Se pidió la participación a 10 profesionales expertos en el área de violencia familiar, así como de una mujer sobreviviente de violencia conyugal.

El instrumento que se presentó a los jueces constó de 137 reactivos, que fueron el resultado de la prueba de claridad, de la fase anterior, en algunas de las categorías se redactaron nuevos reactivos, pues en la prueba anterior se habían reducido. Los

reactivos se distribuyeron de la forma en que se presentan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de los reactivos para el jueceo.

	Violencia	No. de reactivos
Psicológica	Castigo	25
	Agresión	13
Física	Castigo	5
	Agresión	15
Económica	Castigo	19
	Agresión	8
Sexual	Castigo	27
	Agresión	25

El formato de respuesta fue una escala tipo likert, con ocho puntos relacionados con la frecuencia: siempre, casi siempre, la mayoría de las veces, a veces, la minoría de las veces, casi nunca, nunca, nunca me ha sucedido.

Se aplicaron cinco pruebas, de forma personal y otras cinco en formato electrónico, vía correo electrónico.

La información de cada uno de los jueces se fue capturando en una base de datos, donde se registraba por cada reactivo, la respuesta de cada juez, tal y como la respondía en forma personal o en el archivo electrónico. El criterio para aceptar un reactivo era que hubiera una coincidencia del 80% entre los jueces.

Los resultados del jueceo arrojaron con mayor número de reactivos las dimensiones que se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro 3. Resultados del jueceo

	Violencia	No. de reactivos
Psicológica	Castigo	-
	Agresión	12
Física	Castigo	5
	Agresión	13
Económica	Castigo	1
	Agresión	-
Sexual	Castigo	3
	Agresión	6

Se hizo un análisis de distribución de frecuencias por reactivo y se tomó como criterio de no discriminación el que en una categoría o dos categorías adyacentes hubiera el 80% o más de las frecuencias. Con este criterio no se eliminó ningún reactivo.

Para validar la prueba se contrastó contra un criterio externo, en este caso mujeres que acudían a dos centros de atención para mujeres maltratadas, y mujeres que no tenían antecedentes de violencia en su relación de pareja.

La muestra fue intencional, no probabilística y estuvo conformada por mujeres maltratadas: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y Agencia del Ministerio Público Especializada en Violencia Intrafamiliar y Sexual (AMPEVIS); y mujeres que no eran violentadas en su relación de pareja.

Se utilizó un instrumento que contenía 27 reactivos, producto del jueceo, que correspondían a las categorías de violencia física agresión (VFA) y violencia psicológica agresión (VPA).

La forma de realizar en la que se realizó la prueba era que se entregaba el instrumento a cada una de las mujeres, se les explicaban las instrucciones, así como el significado de cada uno de los niveles de la escala likert. Una vez que quedaban claras las instrucciones, se dejaba a las mujeres para contestar, dejando claro que podían tomarse el tiempo que fuese necesario para completar el cuestionario. Al finalizar se les agradecía su participación.

Los resultados de la validación arrojaron que estableciendo un punto de corte en el percentil 27 y en el 73; donde el percentil 27 corresponde al grupo 1 y el percentil 73 corresponde al grupo 2, no fue necesario eliminar ninguno de los reactivos.

Los resultados del análisis factorial con rotación varimax con eigenvalue=1 se detuvo a las 25 iteraciones, arrojó una estructura factorial con dos factores interpretables que explican el 68.15% de la varianza. Se acepta la prueba KMO a partir de .7, se aceptó pues se obtuvo un valor de .963. La prueba de Bartlett se aceptó con un nivel de significancia menor al .000. Se aceptaron todos los reactivos, pues el criterio era obtener una varianza mayor a .5, y ninguno de los reactivos presentó una varianza menor, ver el siguiente cuadro.

Cuadro 4. Comunalidades y varianza por reactivo.

Reactivo	Varianza
Cuando me insulta, yo también lo insulto	.594
Cuando utilizo un objeto para golpear, también me golpea	.641
Si se burla de cómo me veo, también me burlo	.578
Dice que nadie me voltea a ver porque estoy gorda y fea le digo que es gordo y feo	.544
Cuando discutimos y lo empujo, me regresa el empujón	.661
Después de una pelea con, me exige que tengamos relaciones sexuales, yo accedo aunque me sienta mal	.623
Cuando estoy enojada, no le digo a, cómo me siento	.698
Él y yo nos gritamos	.627
Si él me golpea, le respondo con otro golpe	.666
Cuando discutimos él y yo, parece que nunca terminamos, porque cada quien intenta ser quien tiene la razón	.727
Cuando en nuestras discusiones hemos llegado a los golpes, responde a mis golpes con otros golpes	.715
Él y yo nos jalneamos cuando discutimos	.694
Él y yo descalificamos mutuamente nuestras opiniones	.673
Si él me menosprecia, yo también lo menosprecio.	.552
Cuando él está enojado y me da un puñetazo, yo le respondo con otro golpe	.584
Él hace uso de mis cosas sin consultármelo (auto, ropa) y si a mí no me parece, se lo digo	.543
Cuando me enojo le lanzo a él el objeto que tenga más a la mano, él me responde igual	.739
Cuando descalifico la opinión de él, él también me descalifica	.772
Nos jalneamos cuando discutimos	.745
Si me burlo de él, él también se burla de mí	.742
Si me niego a tener relaciones sexuales con él, él se burla de la forma en que me veo, yo también me burlo	.670
Si él y yo discutimos y le jalo el pelo, él me suelta un codazo	.727
Cuando me burlo de cómo se ve él, también se burla de mí	.673
Cuando nos peleamos y me sujeta con fuerza, trato de golpearlo de alguna forma	.737
Cuando lo he golpeado a él, él me responde igual (con golpes)	.793
Él me suelta un golpe cuando lo golpeo con mi mano en la cara	.838
Cuando él y yo discutimos y lo jalo del brazo, él me suelta un golpe para que deje de jalarlo	.845

En el cuadro 4 se observan los reactivos que se agruparon en los dos factores que arrojó su análisis Varimax, con 25 iteraciones. El criterio para aceptar los reactivos fue que su carga factorial fuera mayor a .4, los reactivos de ambos factores

obtuvieron puntajes mayores a .5, por tanto se aceptaron todos. Los factores que resultaron fueron: violencia física agresión VFA y violencia psicológica agresión VPA.

Cuadro 5. Resultado del análisis factorial con rotación varimax. S² explica el 68.15%

Reactivo	S ²	
	VFA	VPA
27. Cuando él y yo discutimos y lo jalo del brazo, él me suelta un golpe para que deje de jalarlo	.810	
26. Él me suelta un golpe cuando lo golpeo con mi mano en la cara	.809	
2. Cuando utilizo un objeto para golpear, también me golpea	.761	
25. Cuando lo he golpeado a él, él me responde igual (con golpes)	.760	
17. Cuando me enojo le lanzo a él el objeto que tenga más a la mano, él me responde igual	.748	
21. Si me niego a tener relaciones sexuales con él, él se burla de la forma en que me veo, yo también me burlo	.736	
11. Cuando en nuestras discusiones hemos llegado a los golpes, responde a mis golpes con otros golpes	.723	
22. Si él y yo discutimos y le jalo el pelo, él me suelta un codazo	.716	
24. Cuando nos peleamos y me sujeta con fuerza, trato de golpearlo de alguna forma	.678	
9. Si él me golpea, le respondo con otro golpe	.665	
12. Él y yo nos jaloneamos cuando discutimos	.652	
15. Cuando él está enojado y me da un puñetazo, yo le respondo con otro golpe	.636	
23. Cuando me burlo de cómo se ve él, también se burla de mí	.630	
19. Nos jaloneamos cuando discutimos	.630	
5. Cuando discutimos y lo empujo, me regresa el empujón	.598	
4. Dice que nadie me volteo a ver porque estoy gorda y fea le digo que es gordo y feo	.596	
10. Cuando discutimos él y yo, parece que nunca terminamos, porque cada quien intenta ser quien tiene la razón		.816
18. Cuando descalifico la opinión de él, él también me descalifica	.761	
13. Él y yo descalificamos mutuamente nuestras opiniones	.754	
1. Cuando me insulta, yo también lo insulto	.671	
16. Él hace uso de mis cosas sin consultármelo (auto, ropa) y si a mí no me parece, se lo digo	.661	
8. Él y yo nos gritamos	.653	
20. Si me burlo de él, él también se burla de mí	.617	
14. Si él me menosprecia, yo también lo menosprecio.	.605	
3. Si se burla de cómo me veo, también me burlo	.577	

En el cuadro 5, se observan los resultados del análisis factorial con los valores de la varianza para cada reactivo, y

su agrupación en dos factores: violencia física agresión VFA, con 16 reactivos, y violencia psicológica agresión con 9 reactivos.

Se realizó un alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de cada uno de los factores obtenidos a través del análisis factorial.

Cuadro 6. Valores del Alfa de Cronbach para cada factor

Factor	Nombre	No. de reactivos	Alfa de Cronbach
1	VFA	16	.967
2	VPA	9	.924
3	Total	25	.973

Para obtener la validez de criterio se contrastaron los dos grupos de la muestra, mujeres violentadas versus mujeres no violentadas en su relación de pareja. El factor VFA tuvo varianza diferente para ambos grupos con un nivel de significancia de .05; en la prueba t, las medias de los dos grupos resultaron diferentes con un nivel de significancia de .05 para éste factor.

El factor VPA, no pasó la prueba de Levene, por lo tanto se aceptó la hipótesis nula, es decir las varianzas eran iguales entre ambos grupos. Pero, aun con las varianzas iguales, pasó la prueba t con un nivel de significancia de .05. Lo cual nos indicó que si había diferencia significativa entre las medias de los grupos. En la calificación total, sucedió lo mismo que con el factor VFA.

El instrumento producto de esta primera fase contó con 25 reactivos, que fueron agrupados en dos factores: violencia física agresión y violencia psicológica agresión (Anexo 1). El primer factor coincide con lo que Torres (2001) dice sobre que la violencia física es la más evidente ya que deja huellas en los cuerpos de las víctimas, y por lo tanto es la que puede ser identificada con más claridad.

Sucedió lo contrario con la violencia psicológica, pues las consecuencias no se notan a primera vista, y es sólo la víctima quien puede reportar las sensaciones o malestares producto del abuso. Sin embargo las mujeres de la muestra identificaron éste tipo de violencia en los reactivos, quedando como el segundo factor, con menor número de reactivos.

Estos resultados contrastaron con los que arrojó la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, donde la violencia psicológica tuvo la mayor prevalencia con un 19.6%, sobre la física que alcanzó un 9.8% (Olaiz, Rico, & Del Río, 2003). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, obtuvo proporciones semejantes con la mayor prevalencia para la violencia de tipo psicológico con 35.4%, y para la violencia

física 9.3% (Castro, Riquer, & Medina, 2004).

Sin embargo, debemos recordar que en el instrumento que se presenta, estos tipos de violencia están relacionados con el tipo de interacción de las mujeres con sus parejas, simétrico o complementario Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), y que de acuerdo con Perrone y Nannini (1997), cuando existe violencia la definen como de tipo agresión o castigo, respectivamente.

Por lo tanto, se hicieron hipótesis al respecto de si introducir ésta variable de interacción había modificado la percepción de las mujeres participantes al responder a los reactivos propuestos, pues sólo lograron discriminar los reactivos del tipo de violencia agresión, y no los de violencia castigo.

Fase 2

Las conclusiones de la discusión anterior interesó a los autores, para iniciar una segunda fase en la que, con base en los factores obtenidos, se construyeran más reactivos, con la finalidad de probar la hipótesis de que la variable de interacción, agresión o castigo, estaba relacionada con que el instrumento fuese sensible a sólo dos tipos de violencia: física y psicológica, en este orden, y que dejara fuera a la sexual y económica.

El objetivo de esta fase fue ampliar el instrumento realizado en la Fase 1, el cual estaba formado de solo 27 reactivos y abarcaba dos categorías (VPA, VFA) de las ocho categorías (VPA, VPC, VFA, VFC, VSA, VSC, VEA, VEC) que pretendíamos abarcar.

Se pidió la participación a 10 expertos(as) en el área de violencia familiar, de pareja, sexual, de género. Utilizamos las mismas definiciones de las variables que se reportaron para la primera fase. Se redactaron situaciones que se clasificaron, con la técnica de Q-sort, de acuerdo con las variables dando como resultado 112 reactivos.

Cuadro 7. Distribución de los reactivos por dimensiones.

	Violencia	No. de reactivos
Psicológica	Castigo	18
	Agresión	12
Física	Castigo	13
	Agresión	14
Económica	Castigo	11
	Agresión	18
Sexual	Castigo	11
	Agresión	15

Los resultados del jueceo, es decir, la forma en que clasificaron los jueces los reactivos, se muestran en el cuadro 7.

Resultados

Se contrastó la prueba contra un criterio externo y se llevó a cabo el análisis de frecuencias y la comparación de grupos extremos.

La muestra fue intencional, no probabilística y estuvo conformada por 69 mujeres que acudieron al Centro de Atención para Mujeres Maltratadas, que pertenece a la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del DF y 70 mujeres sin antecedentes de violencia en su relación de pareja.

Se utilizó el nuevo instrumento (ver anexo), el cual incluye reactivos correspondientes a las ocho categorías que nos interesa investigar (VFA, VAC, VPA, VPC, VSA, VSC, VEA, VEC).

Se entregó el instrumento a cada una de las mujeres, se les explicaron las instrucciones, así como el significado de cada uno de los niveles de la escala likert. Una vez que las participantes terminaban, se retiraba el instrumento y se agradecía la participación y apoyo.

Con la finalidad de encontrar la calidad discriminatoria de los reactivos, es decir, cuáles de éstos eran capaces de separar una población en dos grupos, entre las mujeres con antecedentes de violencia en su pareja, y las mujeres sin antecedentes de violencia en su pareja, se realizaron dos análisis. El primero fue el análisis de frecuencias, en el que se observó cómo se distribuyeron las frecuencias de los reactivos, el criterio para establecer que un reactivo no discriminaba era que tuviera el

80% o más de la frecuencias en una categoría o dos, si eran adyacentes. Los resultados de éste análisis arrojaron la eliminación de 13 reactivos, quedando 99.

La segunda prueba fue la comparación de grupos extremos, con los percentiles 27 y 73, con la prueba T para muestras independientes, en los resultados no se encontraron diferencias significativas entre las medias para los reactivos, excepto para cuatro, por lo que se concluyó que las medias eran estadísticamente diferentes entre los grupos.

Cuadro 8. KMO

Kaiser-Meyer-Olkin		.544
Bartlett	Chi Cuadrada	14251.491
	Df	4753
	Sig.	.000

Como podemos observar en el cuadro 8, se obtuvo una KMO de .544, con una Chi cuadrada de 14251.491, con 4753 grados de libertad, y un nivel de significancia mayor a .005; por lo que el valor de la KMO fue rechazado.

Por lo tanto, no se puede llevar a cabo el análisis factorial, pues con estos valores no se acepta la matriz rotada, ni se encontraron factores que agruparan reactivos.

Discusión

El instrumento producto de la segunda fase contó con 91 reactivos (Anexo

1), aunque en ésta ocasión no se logró obtener factores, como se explicó en el apartado anterior.

Por lo que no se rechazó la hipótesis de que la variable de interacción, agresión o castigo, limitaba la sensibilidad del instrumento para identificar el tipo de violencia del que se proponía en cada reactivo. Por lo tanto, no se pudieron obtener factores que separaran claramente a poblaciones con y sin violencia, o en categorías que incluyeran tipo de interacción y tipo de violencia.

Además, desde la etapa del jueceo, se presentaron dificultades para clasificar la violencia sexual y económica, ya que los jueces la clasificaron dentro de la psicológica o la física, y mencionaban que las categorías en la práctica no eran excluyentes y se traslapaban una sobre otra, es decir, si un cónyuge viola a su esposa, existe tanto violencia física como psicológica por lo que en su mayoría la clasificaron de esta forma dándole preponderancia a una o a otra categoría, psicológica o física según iban determinándolo.

Por lo tanto, con base en los resultados, podemos concluir que los tipos de violencia no se presentan de forma excluyente como lo plantea Corsi (1990),

sino que se traslapan o bien manifiestan consecuencias en otras dimensiones, siendo la psicológica la que podría decirse que tamiza y está presente en las otras dimensiones, por lo que la clasificación que se propone es adecuada sólo para un análisis teórico o estadístico.

En este sentido la importancia del presente trabajo y la utilidad del instrumento obtenido en la primera fase, será identificar si existe violencia psicológica cuando hay violencia física. Por lo que los resultados de la primer y segunda fase, se exponen como antecedentes para subsecuentes investigaciones.

3.2.2. Una aproximación a la construcción y transmisión del sentido de muerte en familias mexicanas¹¹

Resumen

La muerte es un fenómeno inevitable y complejo, sobre el que la Psicología se ha interesado principalmente en los procesos de duelo. Sin embargo, en la actualidad se reflexiona ocasionalmente sobre la muerte, aunque se observan, de forma explícita, los cadáveres en los medios de comunicación, por lo que se considero importante retomar su estudio con relación al papel de la familia, la cual presenta nuevas formas de relación. El objetivo general de la presente investigación fue explorar cómo se construían y transmitían el sentido de la muerte en familias a través de las generaciones. La investigación se llevó a cabo en dos fases: grupos focales con el tema de la muerte con niños y adultos, y la observación participante en la celebración de Días de Muertos. Los y las participantes eran habitantes de los Pueblos de la Delegación Cuajimalpa de Morelos en el D.F. Los resultados mostraron que los niños de entre 7 y 9 años ya contaban con una elaboración del concepto de muerte, aunque animista, ya aparece el horror hacia la muerte; el cuál compartían con los adultos entrevistados, quienes en su elaboración sobre el concepto hablaron del miedo a la muerte, y de sus experiencias al respecto, que incluyeron la separación del cuerpo y los sueños. Finalmente, se hizo una descripción de lo observado en la comunidad.

La complejidad que implica una definición sobre la muerte, nos llevó a retomar varias disciplinas en las cuales se ha estudiado. Desde la antropología Thomas (1991) clasificó a la muerte en: física o biológica que implica el cadáver y el proceso de descomposición; y la muerte psíquica que aunque no cesaban las funciones del cuerpo, al parecer, si las de la “mente”; la muerte social que estaba relacionada con la exclusión del individuo de ciertos grupos; y la muerte espiritual o del alma que estaba en pecado mortal.

Hertz (1990) propuso tres nociones y prácticas que daban lugar a la muerte, que involucraban lo que sucedía con el cuerpo, el alma y a los sobrevivientes. En el caso del cuerpo del difunto, este pasaba por un primer tratamiento y exequias: enterramiento, cremación o embalsamado; estaba destinado un lugar dentro o fuera de la casa o aldea; generalmente se esperaba a que la descomposición estuviera terminada y luego se podía trasladar los huesos a otro lugar, con las segundas exequias, que sería la morada permanente.

El alma tenía un tiempo para salir o despegarse del cuerpo, primero se quedaba un tiempo rondando a los vivos mientras partía a su nueva morada. En éste intermedio con los vivos, el alma se consideraba

¹¹ Investigación realizada para la asignatura de método cualitativo, supervisada por el Dr. Ignacio Ramos.

malhechora e indeseable, y los sobrevivientes tenían que cuidarla, alimentarla y procurarla como cuando estaba entre ellos, hasta que se realizaran las segundas exequias en las cuales el alma se liberaría del mundo de los vivos y entraría a la tierra de los muertos.

Los sobrevivientes estaban encargados del cuidado de cuerpo y alma. Su vida cotidiana estaba marcada por prescripciones específicas, aislamiento y restricciones, pues se les consideraba contaminados de la impureza del cadáver. La ceremonia final tenía impacto en estos tres elementos: el cadáver, el alma y los sobrevivientes.

A los restos les ubicaba en un lugar definitivo, el alma conseguía su descanso y acceso al país de los muertos, y relevaba a los sobrevivientes de sus obligaciones con el difunto (Hertz, 1990). Los únicos que estaban exentos de este ritual eran los niños, menores de 7 años, porque aún no habían entrado a la vida social, los ancianos que ya habían salido, y las mujeres que no eran consideradas como miembros activos en algunas sociedades.

Para Morin (1970) la muerte, como el útil, fue parte de lo que permitió al ser humano evolucionar, su adaptación al mundo, al mismo tiempo que puso en

evidencia la inadaptación que tenía el hombre en el mundo. Los entierros mostraban que no abandonar a los muertos implicaba una especie de supervivencia, en la creencia en la inmortalidad. En la conciencia humana de la muerte, se rompía la relación individuo-especie, quién conocía la muerte era la especie, no el individuo pues éste la experimentaba.

Kübler-Ross (1996) en un sentido interno describió el proceso de morir en tres etapas. La primera consistía en el desprendimiento del alma del cuerpo, en la segunda etapa había energía psíquica, en la tercera, se tomaba conciencia de que la muerte era un paso a otro tipo de vida; implicaba una fase de transición que podía experimentarse como cruzar un puente, pasar un túnel u otros que dependían de factores culturales.

Para esta investigación retomamos la postura de Morin (1970), sobre la triple constante antropológica ante la muerte, que consistió en el traumatismo, la conciencia y la inmortalidad.

El traumatismo consistía en un proceso en el que la persona se daba cuenta de que era un individuo, posteriormente había un traumatismo de saber que un día moriría, al mismo tiempo adquiría conciencia de este suceso y de que siendo

humano tenía acceso a la inmortalidad. Por otra parte, el grado de horror a la muerte parecía estar relacionado a lo desligado o unido estuviera el individuo a un grupo, éste parece tener la función de rechazar, aniquilar o adormecer la conciencia y el horror ante la muerte.

En la organización social alrededor de la muerte, existían categorías y jerarquía, por ejemplo los shamanes tienen el favor de los muertos, que eran superiores, los jefes estaban asociados a ellos y como extensión también tenían ese poder. La inmortalidad era para los jefes, los reyes, los dioses. En el caso de la muerte por un crimen, se consideraba como una escapatoria de la propia muerte, dándole muerte a otro. En el riesgo de muerte, la vida se apreciaba tanto que se disfrutaba aun a costa de perderla

Freud (en Ortiz, 2007) ya advertía que eran los adultos los que evitaban la muerte, eran los niños en el juego y en el lenguaje, los que la enfrentaban. En el desarrollo psíquico se observaba la angustia durante el complejo de Edipo, el odio y deseo de muerte del padre del sexo opuesto al niño o la niña, así como la angustia de castración. Dolto (en Ortiz, 2007) ubicaba el conocimiento de la muerte a finales de la edad anal y comienzos de la fálica. Según Dolto había una coincidencia cronológica

entre la aparición de la angustia de castración y el descubrimiento de la muerte. En cuanto a la muerte real el niño necesitaría tener contacto con la muerte de un animal o persona querida para darse cuenta de que no habría retorno.

Delval y Muriá (2008), realizaron un estudio con niños y niñas, españoles y mexicanos. Sus preguntas respecto a la muerte fueron ¿qué es la muerte y qué pasa cuando uno se muere? ¿qué es el alma? ¿qué pasa con los animales y plantas cuando mueren? Los resultados de esta investigación arrojaron tres niveles de comprensión del concepto de muerte en los niños, según las edades. Hasta los 10 años, se clasificaron las ideas fantásticas y lejanas, sin el carácter irreversible de la muerte. De los 10 a 11 años, tienen más claras las ideas sobre el alma, ésta se iba al cielo, el cuerpo se quedaba en la tierra y se descomponía. Se reportó el concepto del infierno y del cielo; entre los 12 y 14 años, los sujetos se podían dividir en dos grupos: los conformistas y los críticos. Los primeros expresaban algunas dudas pero se inclinaron por las explicaciones tradicionales; los segundos se mantenían en las dudas que tenían aunque no tuvieran respuestas o formas de resolverlas.

De acuerdo con Lomnitz (2005) la muerte en México se ha convertido en un

tótem nacional en un símbolo que lo distinguió del mundo globalizado y que brindó a la población parte de la identidad dentro y fuera del territorio. La idea de la muerte en nuestro país, pero la historia de la misma tiene aspectos socio-históricos peculiares en la nación. Los cuales se resumen en el cuadro 1.

A partir del decenio de los ochentas, la competencia entre el Día de Muertos y el Halloween se convirtió en una ocasión útil para desarrollar una nueva política sobre la identidad. Se puso atención a la celebración, con coberturas televisivas en los panteones mercados. Se resaltaron las localidades que “conservaban” la tradición, por ejemplo, Mixquic en el Distrito Federal.

El uso del día de muertos, según Lomnitz (2005) sirvió para movilizar la memoria de los movimientos sociales, y se extendió a contextos que eran poco cercanos a la Iglesia, como la familia, lo autóctono y las relaciones sociales precapitalistas. En la última década, con la pérdida del prestigio del Estado, surgió un nuevo culto dedicado a la Santa Muerte. Se trataba de una imagen que se representó como un esqueleto, con una guadaña, que a veces sostenía un mundo o un escapulario, podía estar encapuchada o vestida de novia, no era reconocida por la Iglesia Católica (Lomnitz, 2005).

En el nivel individual, a nivel global los moribundos se aislaron y encerraron en los hospitales, destinados a morir lentamente. Al estar apartados, la muerte se hizo invisible.

Aunado a lo anterior, los ritos funerarios salieron de la comunidad para especializar y comercializarse en las funerarias.

Por otra parte, se desarrolló un movimiento en pro de la muerte natural, que busca restablecer el libre albedrío de los moribundos, tratando de integrarlos nuevamente al grupo social.

Por todo lo anterior, el objetivo de la investigación fue explorar cómo se construía el significado de la muerte en familias a través de las relaciones intragenreacionales.

Método

La forma de abordar la problemática fue a través de la metodología cualitativa. La pregunta de investigación, que guió el trabajo fue ¿Cómo se construye el significado de la muerte en familias a través de tres generaciones? La cual se abordó a través de tres ejes: la muerte y los significados, la muerte y la familia, la muerte y el desarrollo individual, la muerte y el sistema de creencias.

Cuadro 1. La idea de la muerte en México

Etapa	Aspectos relevantes
Prehispánica	<p>Se concebía como un ciclo más de un proceso constante. <i>La muerte era germen de la vida</i>, en una concepción dinámica. En la cultura Mexica existe un <i>mito fundador</i>: La leyenda de los soles, que forma parte del Códice Chimalpopoca de 1558. Se trata del mito del origen de los hombres donde Quetzalcoatl va al lugar de los muertos para traer huesos de los antepasados y con su sangre dar nueva vida.</p> <p>Al <i>Tlalocan</i>, se iba si la muerte de la persona era por rayo, los ahogados, o por enfermedad, era el lugar de los tlaloques, no faltaba alimento y fruto, todo era verano y regocijo. Los guerreros muertos en combate y las mujeres muertas en el parto, iban hacia el Sol, un privilegio que se les otorgaba porque se consideraba que se trataba de hombres y mujeres valerosos, unos en la guerra y otras en la reproducción (Matos, 1970).</p>
La Colonia	<p>En esta etapa hubo millones de indios muertos por enfermedades e infecciones; otros motivos fueron la exposición a trabajos forzados, condiciones laborales inhumanas, migración, y esclavitud para los habitantes indígenas. En este periodo se impuso la creencia en <i>la religión católica</i>, a través del bautizo se garantizaba la salvación del alma de las personas.</p> <p>Según Lomnitz (2005) <i>la idea del Purgatorio</i>, en esta época, fue un elemento importante para el desarrollo de las prácticas alrededor de la muerte, su administración y explotación de los indígenas. <i>La festividad del Día de Ánimas o de Muertos</i>, fue inventada por San Odilo Abad del Monasterio de Cluny en París, entre 1024 y 1033, y cuyas acciones eran ofrecidas en beneficio de los antepasados, cuyas almas sufrían en el Purgatorio. La fecha del 2 de noviembre fue elegida porque seguía a la del Día de Todos los Santos Mártires, que data del año 615, y que permitiría que los Santos intercedieran por los difuntos ante la Corte Celestial.</p>
Independencia	<p>Con las reformas de la guerra de independencia, hubo cambios en cuanto a la administración de la muerte. Una de ellas fue que los cementerios se separaron de las Iglesias y se les llevó a los límites de las ciudades. En cuanto a la festividad, tomo auge entre los siglos XVIII y XIX y era objeto de comentarios de los cronistas de la época</p> <p><i>El Paseo de Todos los Santos</i>, como un festejo urbano, se ubicaba en el Zócalo de la Ciudad de México, se trataba de un mercado que se ponía por la tarde y que implicaba el despliegue de diversos tipos de productos como dulces alusivos a la fecha, velas, flores, pan y platillos de la temporada. Esta tradición tomo tanta fuerza que los gobernantes temían cancelarla, fue Porfirio Díaz quien finalmente, modificó el Paseo al trasladarlo a la Alameda Central.</p>
Revolución	<p>La paz porfiriana y su objetivo de progreso, había contribuido a aumentar el número de muertos, debido a la explotación de los trabajadores y sus ínfimas condiciones laborales. Al respecto, la crítica en los diarios no se hacía esperar, pero tomaba un sabor irónico, y es en esta época que <i>José Guadalupe Posada</i> capta este sentimiento de injusticia; este autor será retomado más adelante por el grupo de artistas que estarán respaldando ideológicamente la formación del Estado moderno.</p> <p>En esta etapa de la historia, la muerte apareció nuevamente de forma masiva. En la batalla, ejecuciones y asaltos. A estas formas de morir se les sumó <i>el asesinato político</i>, que se usaba cuando se requería eliminar al oponente y evitar un juicio en el que se expusiera al que mandaba la ejecución, y también que el pueblo apoyara al enjuiciado. Con el caudillismo, <i>el panteón de héroes nacionales</i> se estableció y creció pues hacía honores a personajes de la guerra de independencia de 1810, e incluso desde la conquista española. Junto a éstos se unieron los líderes de las facciones que lucharon en la revolución, aún cuando en vida habían sido oponentes.</p> <p>La muerte, apareció como una <i>metáfora de la igualdad</i>, ya que a todos les llegaba el momento de morir y se decía que no distinguía clase, raza o edad; implicaba un reto para los ideales de igualdad de la Revolución en México, ya que ésta se dio en un contexto de capitalismo y requería una reformulación del contrato social, el cual no puso en las mismas condiciones a las clases sociales, sino que renegoció quienes serían los encargados de dirigir el país (Lomnitz, 2005).</p>
Construcción del Estado Moderno	<p>Después de una época donde la muerte de hombres y mujeres se presentó como un sacrificio para la construcción de una nueva nación, era necesario construir una imagen de lo que sería este proyecto. De esta forma, el <i>nacionalismo mexicano</i> tomó la tarea y trajo del pasado precolombino, rechazó la burguesía colonial y todo lo que oliera a español.</p> <p>La festividad de Día de Muertos, hacia 1950, fue completamente folklorizada y colocada como un símbolo de algo que era “muy nuestro” (Lomnitz, op. cit.), y que se asociaba con el México rural, como una curiosidad que se exponía para los extranjeros o nacionales que visitaban estos pueblos donde aún se tenían esas costumbres. Para la sociedad urbana estaba relacionado con un día de descanso o un pretexto para salir de la ciudad. En tiempos de <i>crisis económica</i>, la muerte y sus representaciones, eran utilizadas para mostrar, por los caricaturistas, la enorme brecha de desigualdad social en la que se encontraba el país, y que dejaba a los más pobres literalmente en su calavera.</p>

Se construyó un modelo conceptual a partir de éstos ejes, el cual se mostraron en la figura 1.; donde se observaron los elementos que componían el sentido de la muerte, y cómo éstos eran elaborados a través del desarrollo individual, en la infancia, y por otra parte como eran representados en la sociedad, a través de instituciones como la familia, por último se propuso que era a través del lenguaje que se construía dicho sentido de la muerte.

El contexto de la investigación fue un pueblo al poniente de la Ciudad de México, cuya población conservaba las tradiciones de sus fiestas patronales y la mayordomía, las tierras estaban custodiadas por dos tipos de propiedad: la Comunidad Agraria y el Ejido; que conviven con el desarrollo urbano tiene presencia en cuanto a las zonas residenciales y un complejo empresarial. Se entrevistaron a informantes con las siguientes características: el primer grupo estuvo formado por tres niños y tres niñas de edades entre los siete años con dos meses hasta los ocho años con cuatro meses. El grupo de los adultos estuvo formado por cuatro personas, dos hombres y dos mujeres de edades entre los 42 a los 56 años.



Fig. 1. Modelo sobre el significado de la muerte en las familias.

En la observación participante se entrevistó a una familia de la localidad, tres mujeres entre la que se encontraba la madre y dos de sus hijas, así como el padre. También, se entrevistó a varias personas en el panteón de la localidad, 5 mujeres, 2 hombres y dos niños, a los cuales se les pedía permiso para hacer las preguntas y audio grabar la entrevista.

La presente investigación se fundamentó en la metodología cualitativa, fue un estudio exploratorio y de campo, ya que se pretendió la captación y reconstrucción del significado, el sentido y acción de los informantes, a través de lo que ellos y ellas expresaban sobre el tema.

Se utilizó el corto de Pedro y el Lobo, en la historia el pato que es amigo de Pedro es tragado por el Lobo, a partir de este hecho se hicieron algunas preguntas como las siguientes:

¿qué le paso al pato? ¿los animales pueden morir? ¿puede morir...? (se utilizaron otros objetos de la historia, el árbol, el lago, la nieve, el abuelo, Pedro) ¿qué pasa con ellos? ¿alguien te ha dicho esto? ¿recuerdas hace cuanto tiempo te lo dijo? ¿le pasó algo a tu cuerpo cuando viste la historia de Pedro y el Lobo?

En el grupo focal de los adultos se les pidió que pudieran expresarse libremente y que la información sería confidencial, se trató de generar un ambiente de confianza y respeto entre los asistentes. Ambas sesiones fueron videograbadas y transcritas.

Se visitó el panteón de la localidad el día 2 de noviembre y se realizaron tres entrevistas. Como parte de esta fase se acompañó y entrevistó a una familia mientras ponían su ofrenda o altar para los muertos. Todas las entrevistas fueron transcritas y se llevó a cabo el análisis de contenido de los textos producto de las entrevistas; la unidad de registro fue el tema.

Resultados y Discusión

Los datos que se obtuvieron a partir del análisis de contenido, se presentaran a continuación, de acuerdo con el modelo conceptual propuesto.

Las categorías que arrojaron los datos para el grupo de los niños, se muestran en el cuadro 2. Donde se

observa que la categoría de emociones tuvo tres niveles, que los niños y niñas mencionaron que habían experimentado al ver el corto de “Pedro y el Lobo”.

Todos refirieron sentir tristeza, coincidiendo en la escena en la que el lobo se come al pato; quienes hablaron del enojo dijeron que era porque el pato era amigo de Pedro; la mención de que les pareció horrible y fue de su desagrado, refiriéndose nuevamente a la escena donde se veía como el lobo devoraba al pato de un trago.

En cuanto al animismo, entendido como la atribución de vida e intención a los cuerpos (Piaget, 1973), se clasificó, de acuerdo con las intervenciones de los niños, en que: se debía cuidar a los animales porque sienten, son parte de la naturaleza, todo lo que es naturaleza siente, como el agua, el hielo, y la luna; lo que no siente son las cosas como la televisión o los robots.

La siguiente categoría que emergió en la conversación fue sobre quién consideraban los niños que debe morir, identifican al lobo como el malo y que por lo tanto sería éste quien debería morir. Otros niños hablaron de que no se debe matar a los animales y lo relacionaron con el animismo, en el

sentido de que eran elementos de la naturaleza. Uno de los informantes dijo que le gustaría que ninguno de los personajes de la historia muriera.

Al respecto de qué le sucedía al cuerpo del animal que moría en el cuento, los niños dijeron que se lo comían los gusanos, otros más que olía feo, que se hacía tieso y finalmente que debía enterrarse.

A la pregunta ¿qué le pasaba a las personas o animales después de su muerte?, algunos de los niños dijeron que se quedaba en el mismo lugar, por ejemplo, el pato que fue devorado se quedaba en la panza del lobo, hasta que el mismo lobo muriera también. Otros niños identificaron al cielo como el lugar a donde iba el cuerpo y otros hablaron de que descansaba en paz, pero no lograron explicarlo.

Cuadro 2. Categorías y sus niveles, producto del análisis de la conversación con el grupo de niñas y niños de siete años.

Categoría	Emociones	Animismo	Deben morir	El cadáver	Después de la muerte	Día de muertos	Su experiencia
Niveles	Tristeza	Naturaleza	El malo	Lo comen los gusanos	Se queda en el mismo lugar	Ofrenda a los antepasados	Animales muertos
	Enojo	Animales	Nadie	Huele feo	Descansa en paz		Personas muertas
	Horrible	Cosas	No se deben matar los animales	Se hace tieso Se entierra	Va al cielo	Un festejo	

Respecto al Día de muertos, los niños lo identificaron como un festejo para los familiares que habían muerto, como tíos o abuelos. También hablaron de la fecha como el día que se ponía una ofrenda para los antepasados.

Por último, los niños y niñas que formaron el grupo, hicieron mención de sus experiencias con la muerte, hablaron de los animales, como patos, conejos, ratones, etc.; otros más comenzaron a recordar las muertes de sus tíos o abuelos.

Estos resultados concordaron con los que Delval y Muriá (2008) reportaron, sobre un primer nivel, hasta los diez años, de comprensión del concepto de muerte, donde predominaban ideas fantásticas, y donde no apareció aún el carácter de irreversibilidad de la muerte. Los niños hablaron de sentimientos como la tristeza y de elementos como el cielo, y que el cadáver permanecía en el lugar de la muerte, en el caso de los animales.

Además, se pudo relacionar que la idea sobre la muerte, en los niños de esta

muestra, podría estar presente desde antes de los 6 años, puesto que todos mostraron experiencias de muerte de mascotas, y en dos casos de pérdidas de familiares.

Por otra parte, *los adultos*, cuyas categorías de respuestas se pueden observar en el cuadro 3, se mostraron temerosos ante su propia muerte, la de sus familiares sobre todo sus hijos y pareja; su preocupación estaba relacionada con las consecuencias de su muerte, en aspectos económicos y de apoyo afectivo hacia su familia.

La explicación que los adultos le dieron a la muerte estaba relacionada con creencias religiosas y, por otra parte, con explicaciones científicas sobre el cese de las funciones vitales.

Las personas daban una explicación sobre la muerte que incluía elementos religiosos y de la ciencia, haciendo que la categoría no fuese excluyente.

Las formas de morir que identificaron los informantes de la muestra, estuvieron asociadas con causas como la enfermedad o la edad avanzada; asimismo, pudimos observar que existía la idea de la “muerte bonita”, que los informantes describieron como un suceso repentino; pusieron el ejemplo de la experiencia de una persona que experimenta un paro cardíaco y explicaron que en dicho evento no se ven señales de sufrimiento.

Cuadro 3. Categorías y niveles, producto del análisis de la conversación con el grupo de adultos.

Categoría	Miedo a la muerte	Explicación	Formas de morir	Hablar de la muerte	Su experiencia	Rito		
						Aprendizaje	Formas de expresión	Objetivo
Niveles	A su muerte.	La religión	Por enfermedad	A sus hijos, por un padre enfermo.	Salir del cuerpo	Esposa	Ofrenda	Recordar.
	A la de sus familiares.	La ciencia	Por la edad	En su infancia, por muerte de un padre.	Sueños	Madre	Cera	Esperar a seres queridos.
	Qué harán sin ellos.		Muerte bonita (paro cardíaco)			Abuela	Campo Santo	
						Otros		Tradición de la comunidad

La siguiente categoría se constató al hablar del tema de la muerte en su familia, a lo que dos de los informantes dijeron que el tema se había abordado cuando uno de los miembros de la pareja había estado en

peligro de morir, pero esta situación era, además, una pauta que se experimentó en su propia infancia.

En la categoría sobre su experiencia con la muerte, una de las mujeres narró una

ocasión en la que pudo ver su cuerpo, por lo que consideraba que tuvo un desprendimiento o separación de su alma durante los momentos en que la declararon muerta, pero luego regresó y siguió respirando.

Otra de las informantes contó un sueño en el que se daba cuenta que estaba muerta, y en dicho sueño podía ver todo en colores, lo cual le indicaba que quizá no era del todo un sueño, también volaba y era una sensación que le agradó mucho.

Justamente la idea del paraíso fue una pregunta en la que se profundizó, y en la cual todos los informantes identificaron como el lugar, hermoso, confortable, donde se encuentran con otras personas ya fallecidos, es decir, a donde se iba después de la muerte.

Los ritos relacionados con la muerte, aparecieron expresados a través de la ofrenda, la tradición de la “cera nueva” y de las actividades alrededor del campo santo.

El aprendizaje de los ritos es a través de las mujeres de la familia, como la abuela, la madre o la esposa, y sólo en algunos casos recayó en otras personas como un hermano o a través de la observación de prácticas comunitarias.

El objetivo de realizar los ritos, principalmente del 31, 1 y 2 de noviembre,

se significó como la posibilidad recordar a las personas fallecidas, a los familiares y amigos; también se identificó la creencia de que era una oportunidad de esperar a los difuntos que hacían la visita al mundo de los vivos; y por último que se trataba de tradiciones que reforzaban la identidad de la comunidad, frente a prácticas extranjeras sobre el festejo de Día de Muertos.

Estos resultados coinciden con Morin (1970), cuando habla del entierro como parte del proceso de evolución de la especie, así como de la creencia en la inmortalidad y la conciencia de muerte cuando los adultos hablaron de que sabían que van a morir, pero no cuándo y les preocupan los sobrevivientes. Además, las clasificaciones que hicieron sobre las formas de morir, estuvo relacionado con el horror a la muerte, pues indicaron que las muertes largas, por enfermedad, o repentinas por accidentes, eran indeseables, mientras que una en la que no se “sintiera” o sufriera, era una “muerte bonita”.

En cuanto a las etapas de morir, un relato coincidió con los reportes de Kubler-Ross (1996), fue la mujer que estuvo enferma y en una operación tuvo la experiencia del desprendimiento de su cuerpo. Por otra parte, estaba la elaboración personal del significado de la muerte a través

de los sueños de la segunda mujer, en el que ella hace su propia descripción, e incluso habla de que sabía que en los sueños no se pueden ver colores, pero ella los experimentaba de esta forma.

En cuanto al rito, éste se relaciona con la transmisión intergeneracional de las tradiciones, principalmente se realizó a través de las mujeres, las encargadas de la reproducción. La identidad fue un elemento que se reforzó con las prácticas culturales de éstas fechas, y los entrevistados la señalan como una tradición que debía conservarse frente a las tradiciones extranjeras que comenzaban a ser practicadas sobre todo por los más jóvenes; sin embargo, los padres y madres no fomentaban la transmisión, enseñando el significado de éstos días.

De acuerdo con el modelo, *la construcción social del sentido de la muerte*, a través del lenguaje y del mito, pudimos observar que lo que cree una parte de los pobladores, durante estos dos días, es que eran visitados por las almas de sus familiares muertos, quienes tenían permiso para regresar al mundo de los vivos y deleitarse con la ofrenda que les ponían en un altar dentro de las casas.

Esta tradición data de al menos unas tres o cuatro generaciones anteriores los entrevistados. Las actividades que se

realizan fueron: poner el altar en los hogares, pedir "calaverita", llevar "la cera nueva", arreglar las tumbas del panteón del pueblo, asistir a la misa en el cementerio.

El pan era hecho en casa, existen algunas familias que lo hacían en sus hornos, y lo venden por encargo, aunque la mayoría lo compraba en la panadería. Las ofrendas se componían por: fotografías de los difuntos, vasos con agua, velas (ahora ecológicas, aunque antes se usaban los llamados cirios), calaveras de azúcar, de chocolate, un plato con sal, flores de cempazuchitl, con las cuales se hacían un camino desde la puerta de la casa hasta el altar, pues se pensaba que ayudaba a las almas a encontrar el camino de regreso a casa.

El altar se pone desde el 31 de octubre, a decir de algunos pobladores, ese día llegaban las almas de los que murieron en accidentes y de los niños que no fueron bautizados. La ofrenda se levantaba el día 2 de noviembre, a partir de ese momento se podía comer lo ofrecido; algunas personas afirmaron que la comida "ya no sabe a nada" y que los vasos tenían menos líquido. Para quienes se atrevieran a comerla antes de tiempo podría ser que "les jalen los pies" en la noche.

Un cambio reportado fue que los niños antes hacían sus calaveritas de

calabazas, no de plástico, y podían ir a la milpa de sus abuelos cortar la calabaza, hacer sus ojos y boca, sacarle el relleno y meter una velita para salir, por la tarde, a recoger monedas, pues no se usaba que las personas les dieran dulces. Aquellos niños y niñas, ahora adultos de alrededor de 35 años, no se disfrazaban únicamente se juntaban con sus amigos y primos, luego salían a las casas vecinas a recolectar sus monedas.

En el panteón el paisaje se transformaba desde el 31 de octubre, las personas llegaban con flores, escobas, machetes, palas, cubetas que les servirán para remover la tierra, arrancar la hierba de un año, acarrear el agua para llenar los botes donde acomodarán las flores.

Al entrevistar a algunas de las personas que visitaban ese día el campo santo, decían que les gustaría ir más seguido a visitar a sus difuntos, pero que los horarios de trabajo se los impide, otros tienen tiempo pero cuando llegan a ir al panteón no siempre tienen dinero y pueden comprar flores, en cambio en estas fechas hacen un esfuerzo económico por embellecer las tumbas.

Algunos son pobladores, otros ya no viven en la comunidad; asisten con niños quienes ayudan en las labores, no saben muy bien el motivo de la visita, algo les han dicho

"aquí está tu abuelita", dijo la madre señalando una tumba. Esta parte de la tradición culmina el 2 de noviembre con una misa que se lleva a cabo en la capilla del campo santo.

La tradición peculiar fue la "cera nueva" consistió en una visita que los pobladores a las casas de las familias que tuvieron un difunto durante el año anterior a la festividad, es decir, todas las personas que fallecieron entre el 3 de noviembre hasta el 30 de octubre. Una persona que fue entrevistada para este artículo dijo que cumpliría 57 años y desde que recordaba ya se acostumbraba llevar la cera. La tradición dicta que si una persona conoce a la familia de un difunto, entonces tiene el compromiso en estos días a dejar una veladora. La interacción comprendía que las personas llegaban a la casa -donde la familia en duelo preparaba una ofrenda y comida para compartir- cada persona entregaba o encendía la veladora, y se quedaba un rato para rezar o platicar sobre la persona que murió, mientras que le ofrecen un vaso de agua, de refresco, algo de comer, un dulce, etc.

Los pobladores salían a las calles desde temprano "para que no les agarren las prisas" y pudieran visitar a todos sus conocidos, una de nuestras entrevistadas

habían contado a quince, aunque sabía que había más.

Hace algunos años las campanas de la iglesia sonaban durante las dos fechas, noche y día. Tenían un sonido especial, para los niños era agudo y seguido; para los adultos espaciado y grave. Había personas que se ofrecían para tocarlas, cuando terminaban sus turnos salían con costales para pedir la calavera, las personas les daban fruta, dinero o pan.

De acuerdo con lo observado en la población, parece definirse la identidad de una comunidad o una nacionalidad, como argumentaba Lomnitz (2005). También se observaron las segundas exequias de las que hablaba Hertz (1917), en la tradición de la cera nueva, que después de un año, se relevaba a los familiares del compromiso de cuidar el alma de su pariente, acto en el que son acompañados por habitantes de la población.

El significado de la visita del difunto durante dos días, hablaba de la creencia del doble (Morin, 1970), esta especie de alma o espíritu que, en noviembre, tiene permiso para volver al mundo de los muertos, e incluso existían historias o narraciones que advertían lo que puede suceder si los familiares olvidaran, o se negaran, a recibir con algún presente a éstos espíritus.

Conclusiones

El modelo que se propuso al inicio de ésta investigación, aún tiene elementos que probar, puesto que por falta de tiempo no se pudo realizar la entrevista a una familia con varias generaciones, aunque si hubo elementos que se presentaron como parte de la transmisión generacional del significado de la muerte. Por lo tanto, el modelo se mantuvo sin modificaciones.

Sin embargo, cabe resaltar la riqueza de las prácticas culturales, asociadas con la muerte, en una población con características del sincretismo entre la cultura indígena y la hispánica, elementos que estaban presentes, y constantes, en la identidad de los mexicanos, como menciona Lomnitz (2005), a través de la historia de la nación.

Por lo tanto, proponemos que se continúe probando el modelo presentado, incluso con la finalidad de utilizarlo en la investigación clínica, como apoyo en el desarrollo de procesos terapéuticos, que incluyan la comprensión del significado de la muerte de las familias en su contexto. Lo cual puede traer beneficios para el proceso de duelo o de aceptación de la muerte en pacientes terminales.

3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria

3.3.1. Productos Tecnológicos

a. Tríptico informativo “Terapia Familiar ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Cuándo se sugiere?”

La idea de diseñar un tríptico informativo, cuyo objetivo fuese difundir qué era la Terapia Familiar, surgió a partir de la dificultad que se presentó para los Residentes en algunas de las sedes de práctica clínica. Lo que sucedía era que los usuarios, mujeres y hombres adultos que solicitaban la atención psicológica en los centros, desconocían que existía el servicio de Terapia Familiar como una alternativa de intervención a los problemas que los llevaban a acudir a estos espacios; el resultado era que las personas eran derivadas a consulta individual en la mayoría de los casos.

Asimismo en uno de los centros en donde se dio difusión de la modalidad de Terapia Familiar, a través de los terapeutas y psicólogos que realizaban la primera entrevista, había confusión en los profesionales sobre cuándo podían sugerir este tipo de intervención; en ocasiones se confundían con la idea de que únicamente se podrían proponer éste tipo de terapia si era posible que asistiera la familia completa.

Como consecuencia los Terapeutas Residentes sólo atendían un número limitado de personas versus la cantidad posible dadas las características de la modalidad; por otra parte algunas personas eran derivadas al servicio pero con poca o ninguna idea de lo que se trataba el tipo de terapia al que se enfrentaban; finalmente otras personas solicitaban Terapia Familiar porque habían escuchado que en el Centro de Atención Psicológica se ofrecía este tipo de intervención, sin embargo carecían de información sobre las particularidades y beneficios de éste tipo de terapia.

Lo anteriormente descrito me animó a diseñar un tríptico (ver anexo 2) que permitiera informar, de manera general y en lenguaje sencillo, de qué se trataba la Terapia Familiar; el objetivo principal fue difundir sus características y aplicaciones para la solución efectiva de problemas. Estaba dirigido hacia las personas que asisten a los Centros de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; con la finalidad de que pudieran leerlo cuando se encontraran en la sala de espera, por ejemplo para una pre

consulta o entrevistas de evaluación, o como acompañantes de otras personas, como consecuencia de esto generar una demanda desde de la Terapia Familiar, como ocurre con la Terapia Infantil, de Adolescentes o algunas otras que son servicios de atención especializados.

Por lo tanto, el tríptico se muestra en la siguiente página y básicamente responde a las siguientes preguntas: Terapia Familiar ¿qué es? ¿quiénes van a terapia? ¿cuáles son los problemas más frecuentes atendidos en esta modalidad? ¿quiénes son los terapeutas familiares? ¿qué se necesita para solicitar Terapia Familiar? Y por último se incluyen las direcciones, horarios y teléfonos de tres Centros de Atención Psicológica que pertenecen a la UNAM.

b. Propuesta de Taller: Yo ¡Terapeuta! Iniciando conversaciones que nos construyen

Justificación

Alguna vez me dijeron que dedicarse a la Terapia era un oficio muy noble, pues entre más años se acumulaban, uno se convertía en un mejor Terapeuta, pues se tenía más experiencia, conocimiento, técnica, respeto, audacia, prestigio, etc., y yo ahora completo que, con cada año, también adquirimos más responsabilidad sobre nuestros actos hacia los consultantes. Es decir, con el tiempo nos vamos construyendo una parte de nuestra identidad: la de Terapeutas, y éste proceso puede ser que comience, o no, durante el curso de la Residencia en Terapia Familiar, pero ¿cómo nos construimos? ¿es éste un proceso reflexivo? ¿nos gustaría descubrirlo?

De acuerdo con Gergen (2006), la identidad está compuesta por los distintos contextos en los cuales se desenvuelve el sujeto, por lo que cada persona contiene una multiplicidad de identidades que conforman el Self. Siguiendo ésta idea, uno de los posibles contextos es el profesional, en el caso que nos interesa es la Terapia.

Lax (1998) habló de la reflexividad, como el análisis de la narrativa del terapeuta, que es tan importante como la del paciente, y White (2002) ha señalado que ninguna narrativa es neutral, por lo tanto se requiere revisión continua de la de los terapeutas. Por lo que se propone un Taller durante el Segundo Semestre de la formación, dentro del Seminario de Integración, donde se desarrollen una serie de actividades que promuevan la reflexión sobre la construcción de la identidad como terapeutas familiares, a través de la revisión y cuestionamiento de la narrativa de las y los participantes.

Datos generales:

Nombre del taller: Yo ¿Terapeuta? Iniciando conversaciones que nos construyen.

Fundamentos: Construccinismo social, Postulados de la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa.

Técnicas: vivenciales, artísticas y reflexivas.

Número de sesiones: 13

Horas: 2 por sesión.

Fechas: 2º Semestre de la Residencia en Terapia Familiar.

Lugar: Facultad de Psicología, Edificio de Posgrado.

Participantes: Alumnas(os) de la Residencia en Terapia Familiar.

Objetivo general:

Que las y los terapeutas familiares en formación reflexionen sobre la construcción de su identidad como terapeutas, a través del trabajo personal y grupal.

Descripción del lugar:

Se requiere de un salón con buena ventilación e iluminación, con sillas y mesas suficientes para los participantes.

En el anexo 3, se pueden revisar las cartas descriptivas de cada sesión.

3.3.2. Intervención comunitaria: Taller ¡Pasa la voz! Convivencia sin violencia¹²

Resumen

Se realizó un taller de sensibilización, que con el objetivo de promover la reflexión sobre los efectos de la violencia en la vida de las personas. El enfoque del taller estaba sustentado en los postulados de la terapia centrada en soluciones, la terapia narrativa y colaborativa. Se llevaron a cabo tres sesiones, de dos horas cada una; en la primera asistieron 14 personas, en la segunda 16, y en la tercera 20 participantes, hombres y mujeres, con edades que iban de los ocho a los 50 años de edad, todos alumnos de INEA. La forma de trabajo consistió en plantear actividades lúdicas y vivenciales que daban pie para la reflexión, sobre los discursos dominantes de la violencia en nuestra cultura, los efectos de la violencia en nuestros cuerpos y la importancia de la cooperación en la solución de conflictos. A través de estos tres ejes, se generaron conversaciones en las cuales las y los participantes compartieron su experiencia de vida, como víctimas, agresores o testigos de violencia, además se abordaron las formas en que han solucionado conflictos sin recurrir a la violencia, a través de la comunicación y la cooperación.

Se llevó a cabo un taller de sensibilización titulado “¡Pasa la voz! Convivencia sin violencia”, el cual fue impartido en San Mateo Tlaltenango, delegación Cuajimalpa, en las instalaciones de INEA que se ubican en la parroquia del mismo lugar.

El objetivo general fue:

Visibilizar la violencia, en sus distintas formas, lugares y personas que la ejercen y que la padecen, a través de ejercicios vivenciales y de reflexión con las y los participantes.

Los objetivos específicos fueron:

Que las y los participantes identifiquen los discursos dominantes asociados a la violencia.

Que las y los participantes reflexionen sobre los efectos de la violencia en sus vidas.

Que las y los participantes identifiquen soluciones que han dado a situaciones de violencia, en su historia de vida.

Que las y los participantes identifiquen la importancia de la cooperación y la colaboración en la solución de conflictos.

Las temáticas con las que se trabajó fueron: la definición de la violencia, los contextos en donde se presenta, y los tipos o clasificaciones. Por lo que se utilizó el

¹² Realizado en 2009, para la asignatura de Intervención Comunitaria, asesorado por la Mtra. Silvia Vite.

concepto de Corsi (1990), que se remonta a la raíz etimológica del término violencia como fuerza, a partir de esta primera aproximación dice que “la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño...en sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política) e implica la existencia de un “arriba y un abajo” reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo etc.” (p.23).

Este concepto se complementa con la definición de Torres (2001) donde la violencia es “una conducta humana (acto u omisión) con la que se pretende someter y controlar los actos de otra persona; como consecuencia de ello se ocasiona un daño o lesión y se transgrede un derecho. Se produce siempre en un esquema de poderes desiguales, donde hay un arriba y un abajo que pueden ser reales o simbólicos” (p. 39). A partir de estos conceptos se trabajó con los participantes.

El desarrollo de las sesiones así como la exposición de las temáticas se basaron en los postulados de la Terapia Centrada en

Soluciones, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa.

De la Terapia Centrada en Soluciones retomó la idea de que el lenguaje es el organizador de la vida de las personas, a partir del lenguaje se construyen los significados. El trabajo terapéutico se enfoca en diferenciar los hechos de la interpretación que la persona les da a éstos. Una parte importante en el modelo de soluciones es el trabajo con las excepciones, es decir, se da especial atención a las situaciones en donde no se ha presentado el problema o dificultad, ampliando así las posibilidades de que el problema se diluya a partir de esas excepciones (Feidberg, 1989; Lipchik, 2004).

La metáfora en narrativa, parte de la descripción de la relación entre la gente y sus problemas, el problema y la persona son abordados como dos entidades separadas. Se exploran los efectos que el problema tiene sobre la persona y los momentos en que el problema no domina su vida cotidiana. Es decir, no hay interés en las causas de los problemas, sino en cómo evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo. En la narrativa, se proporciona una base para identificar, generar y traer historias alternativas, las cuales ofrecen un sentido distinto a las personas sobre sí mismas y una

distinta relación con los problemas. Se busca que una nueva y mejor historia pueda emerger, la nueva historia ilumina a las personas, les ayuda a identificar lo vivido, para mediar entre el pasado, presente y futuro, llevándolos así a identificar que son ellos quienes están a cargo de los problemas y no al revés, es decir, se trata de que las personas sean agentes activos en sus vidas. (White y Epston, 1990).

Para Anderson (1997), el enfoque colaborativo exige la adopción de una postura filosófica, más que la utilización de una serie de técnicas o intervenciones. En este sentido, la postura se convertirá en la base del quehacer terapéutico y será la línea que guíe la forma en la que conversará con cada persona. Se tiene que estar listo para sumergirse en la incertidumbre, para no-saber, para adaptar su pensamiento y su acción a las exigencias de cada situación. Desde la postura colaborativa hay que centrarse en aprender el lenguaje y los significados de cada Persona en particular, desde un estado de curiosidad, sus intervenciones emergen de la conversación y sólo son lógicas, coherentes y útiles para esa conversación en particular. Así, la persona es considerada como un experto en su propia vida y sus experiencias, mientras que el terapeuta es visto como experto en el área de

proceso, en colaborar con cada cliente para la construcción de un diálogo que abra posibilidades.

Descripción

El taller se impartió en 3 sesiones de dos horas cada sesión. El grupo fue creciendo de 14 personas en la primera sesión hasta 20 personas en la última sesión, estuvo conformado por hombres y mujeres de edades que iban desde los 8 hasta los 50 años de edad.

A continuación se describe brevemente lo ocurrido durante las sesiones.

En la primera sesión se realizó la presentación por parte de los terapeutas, luego se exploraron las expectativas de los participantes ante el taller. Se llevo a cabo un ejercicio de presentación llamado “Mi nombre”, cabe señalar que el grupo ya se conocía en su mayoría, y aún así el ejercicio resultó fructífero ya que conocieron un poco más a sus compañeros. Después se definieron las reglas del grupo y se exploró la información que el grupo tenía acerca de la violencia. Se continuó con el ejercicio llamado “El basta de la violencia” en el cual se identificaron ideas que se encontraban en frases comunes o refranes que tenían contenido agresivo para quien iba dirigido. Esta actividad permitió la reflexión, el cuestionamiento sobre estas ideas y

finalmente se cerró la sesión con la pregunta “¿Qué me llevo hoy?”, cuestión que permitió asentar algunas reflexiones.

En la segunda sesión se inició con el ejercicio lúdico llamado “Entrevista grupal”, el cual permitió que los participantes se relajaran y que se integraran los nuevos participantes. Posteriormente se realizó un ejercicio llamado “Mi cuerpo”, donde se dividió al grupo en dos: niños y adolescentes- adultos. El ejercicio permitió identificar como al describir el cuerpo existen ideas que son de otras personas, es decir, de otros discursos con lo que no siempre se está de acuerdo. Al final del ejercicio se hizo una reflexión grupal y los participantes compartieron sus experiencias y conclusiones, las cuales fueron muy importantes en el sentido de que lograron identificar cuando una descripción era dada por ellos y cuando la hacía alguien más y ellos la habían adoptado como suya. En la segunda parte de la sesión se expuso el tema de violencia, se abordó de una manera muy sencilla, retomando algunos ejemplos ya dados por el grupo y retomando las participaciones de la sesión anterior. Se concluyó con la pregunta “¿Qué me llevo hoy?” en donde los participantes expusieron sus conclusiones y reflexiones.

La tercera sesión fue más lúdica, se realizaron dos ejercicios, tanto el primer ejercicio llamado “El terremoto” como el segundo llamado “Las filas” estaban enfocados a que los participantes se plantearan preguntas en torno a la colaboración ante situaciones difíciles, como el caso del primer ejercicio, y que ante una imposibilidad (la de no poder hablar), pudieran comunicarse de otras formas con sus compañeros, como fue el caso del segundo ejercicio. Las reflexiones giraron en torno a la importancia de la colaboración y la comunicación. En el cierre se retomaron los elementos de las sesiones anteriores, la reflexión giro en torno a las posibilidades que cada persona tiene al enfrentar las situaciones en su vida, por ejemplo, podían hacer uso de la colaboración, pedir ayuda o defenderse de que quisiera dañarlos. Estas reflexiones y conclusiones se conectaron con el tema de violencia en sus diferentes matices.

Resultados y Discusión

Al final de la sesión se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa, la cual resultó muy favorable e inclusive hubo petición de extender el taller y tocar también otros temas con la misma estructura. Se hizo la entrega de reconocimientos a todos los participantes. Fue un momento muy

emotivo, porque había gestos de alegría cuando recibían sus documentos, quizá porque en general es una población que no ha concluido ciclos escolares formales, y que tiene poco reconocimiento social, por no saber leer y escribir, e incluso han sido rechazados por instituciones tradicionales como las escuelas primarias o secundarias, lo cual daba un significado especial a la conclusión y entrega de estos reconocimientos por su asistencia al taller.

En cuanto a los objetivos que se plantearon, se observó que se cumplieron el de nombrar la violencia, sus distintas formas, y que los participantes identificaran en su vida cotidiana los momentos y situaciones en las cuales habían sido víctimas, agresores o testigos de violencia; además, de que se hicieron notar las ocasiones en que los y las participantes habían resuelto problemas o conflictos sin utilizar la violencia, con la finalidad de destacar que era posible convivir de formas pacíficas, lo cual fue sucediendo a lo largo de las tres sesiones.

Sin embargo, es importante hacer algunas anotaciones sobre las situaciones que se dieron en el taller y que se consideran útiles para la replicación del taller. Por ejemplo, especificar edades a quienes se dirige el taller, puesto que en la experiencia que se expone se pensó que con una variedad

de generaciones podría enriquecerse el contenido de las reflexiones, lo cual sucedió, pero también limitaba las participaciones. Lo que sucedió fue que la institución donde nos permitieron llevar a cabo el taller, invitó a sus alumnos, que son niños y adultos, y a sus asesores, que en su mayoría son jóvenes. De esta forma, se tuvo un rango entre los ocho a los 50 años, lo cual es demasiado amplio, y requiere de actividades específicas para distintas edades. Por lo se recomienda que el rango de edades sea más limitado, quizá en grupos de edad por etapas, como niños de 8 a 12 años, jóvenes de 13 a 18, y de adultos, e incluso adultos mayores, con lo cual se puede utilizar el mismo esquema que proponemos, pero modificando las actividades, de acuerdo con el grupo de edad.

Una dificultad que se encontró fue la escolaridad que tenían los participantes, ya que básicamente todos sabían leer y escribir, en el caso de algunas mujeres adultas se les dificultaba y les tomaba más tiempo hacerlo; y la máxima escolaridad era de medio superior en curso. Esto hacía que también hubiera disparidad en cuanto a cuánto tiempo les tomaba leer y escribir a unos y a otros, los más rápidos se desesperaban con los lentos, éstos se sentían presionados por responder en menos tiempo del que

necesitaban. Por lo que se sugiere que también se tome en cuenta esta condición, nivelando los grupos para que sean equivalentes en cuanto a su escolaridad, se puede seguir la secuencia de las sesiones, utilizando actividades que igualmente promuevan la conversación y la reflexión, que es lo más importante en el diseño del taller.

El tiempo que se destinó al taller fue de dos horas, pero se cree que tres horas sería un tiempo suficiente para hacer las actividades, la reflexión en torno a ellas, dar un descanso de unos 20 minutos, retomar con calma las participaciones de las personas y hacer un cierre donde se promueva que todos digan qué se llevaron. La sugerencia es porque en la experiencia que se presenta se cree más conveniente darle más tiempo a la conversación que se va generando, a buscar más situaciones excepcionales y relatos alternativa.

Finalmente, la mayor recomendación es que lo más importante para el taller es la postura del instructor ante el grupo, la que se ha definido como colaborativa, centrada en soluciones y narrativa. Es decir, el estar atentos y con curiosidad a lo que las personas dicen, retomar sus relatos como saberes valiosos que contribuyen a dar soluciones a los problemas, e ir

construyendo en conjunto, a través de las acciones nuevos conocimientos que sean útiles para todos los participantes del taller.

3.3.3. Reporte de la asistencia y participación en foros académicos

a. Asistencia “Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar”

El 27 y 28 de octubre de 2007 asistí al Seminario que impartió el Dr. Carlos Sluzki, el cual tuvo equivalencia de 12 horas de entrenamiento y cuyo título fue “*Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar*” (ver Anexo 4).

Fue interesante verlo exponer el modelo con el que propuso trabajar estas emociones, pues no sólo se refirió al trabajo con familias, sino que se podría trabajar en sistemas más amplios como las comunidades, incluso las naciones. También, trabajó en la exposición a través de un video, el caso de una pareja, el cual fue supervisó. Al final hubo espacio para la reflexión y preguntas, que estuvieron dirigidas principalmente a la supervisión del caso presentado.

La discusión teórica fue muy interesante porque el Dr. Sluzki fue definiendo, desde una perspectiva social, cada una de las emociones, por ejemplo: *la culpa* era una desviación social de la cual somos responsables y que afecta negativamente a otros, y también nuestra imagen; *la vergüenza*, era otra de las emociones centrales, a través de la cual experimentamos una disonancia entre nuestra actuación, la percepción de otros y como nos gustaría actuar y ser percibidos, a través de los ojos de un testigo, o de una exposición que nos afecta totalmente y genera el deseo de desaparecer del momento; finalmente *la humillación*, que aparece en situaciones semejantes a la última, donde la diferencia sería que existe un testigo responsable de dar un testimonio negativo de nuestra actuación, el cual experimentamos como injusto, y que genera esfuerzos para descalificar o atacar al testigo, que es percibido como quien promovió el momento social desagradable. La experiencia emocional, cualquiera de las tres podría producir una víctima.

Un elemento que me pareció de lo más novedoso fue la introducción de la categoría del “testigo” y de su influencia en el proceso de estas emociones, pues se habló de que este elemento podría marcar una diferencia, en cuanto a ser los perpetradores de estas emociones en las víctimas, resultando en acciones alimentadas por la venganza, en este punto el ponente se detuvo un poco a ejemplificar los conflictos bélicos en distintas partes del mundo. Luego habló de la posibilidad de la introducción de estos observadores como “testigos amorosos”, un lugar que puede ser tomado por el terapeuta.

Fue muy útil que para cada una de las emociones, culpa, vergüenza y humillación, fuera presentando matrices, dentro de las cuales sugirió que se tuvieran en cuenta el mayor número de variables, pues cada caso era específico, sin embargo, expuso caminos alternativos que podríamos tomar en la terapia. Uno de ellos era integrara en el proceso a testigos empáticos, que hicieran una especie de contrapeso de los testigos hostiles. Otra alternativa era llevar la historia de una situación de vergüenza, hacia una de humillación, donde el propósito sería la externalización, facilitando y autorizando ideas de venganza, para luego promover la construcción de una historia donde la víctima toma poder y autonomía en la situación. En el caso de que fuera la humillación la emoción dominante, propuso llevar a la víctima hacia la vergüenza, facilitando la generación de ideas de esconderse o escapar, lo que daría paso a una historia donde fuese posible la reparación y la coexistencia.

Considero que lo que más me gustó del Seminario fue que el Dr. Sluzki habló de las emociones en distintos sistemas, lo cual fue enriquecedor; también me fascino su visión socio construccionista, y por supuesto el humor y el pragmatismo con los que se abordaron temas de la naturaleza de las emociones, lo cual permitió generar un ambiente ligero y agradable para el aprendizaje, al menos así fue para a mí.

b. Ponencia en el XI Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ser, Estar y Trascender en la Terapia Familiar”

Participé en este evento convocado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C., realizado del 14 al 17 de noviembre de 2008 en la Ciudad de Querétaro, con la ponencia del trabajo titulado *“Una aproximación a la construcción de los significados de la muerte en familias mexicanas”*(ver Anexo 4).

La ponencia fue individual, producto de la investigación de corte cualitativo que fue asesorada por el Mtro. Ignacio Ramos, y fue asignada a una mesa de “Investigación”. El resumen del trabajo fue el siguiente:

La muerte es un fenómeno inevitable y complejo, que se ha abordado desde disciplinas como la Filosofía, Antropología, Historia, Biología, el Derecho; la Psicología se ha interesado en los procesos de duelo, de quienes van a morir y de los deudos, es decir, de las respuestas de los individuos ante la pérdida de la propia vida y la de sus seres queridos. Sin embargo, en la actualidad en la que no se habla ni se reflexiona sobre ella, aunque está presente en los medios

de comunicación masivos, es importante retomar su estudio con relación al papel de la familia, la cual también presenta nuevas formas de relación; por lo que el objetivo general de la presente investigación será explorar cómo se construyen los significados de la muerte en familias a través de tres generaciones. La investigación se llevará a cabo en tres fases: primera, grupos focales con el tema de la muerte; segunda, elaboración de historias de vida colectivas de tres familias; tercero, observación participante en la celebración de Días de Muertos, en noviembre, que estará pendiente en la fecha del Congreso. Los y las participantes en todas las fases serán habitantes de los Pueblos de la Delegación Cuajimalpa de Morelos en el D.F., que se caracterizan porque algunos son pueblos originarios, donde se han mezclado los orígenes prehispánicos con la modernidad; además de que los y las participantes no deberán encontrarse en un proceso de duelo; el análisis de los datos será a través del análisis de contenido. Trabajo de investigación en curso.

El contenido de la ponencia fue el siguiente: exposición de la justificación. Del marco y modelo conceptual, metodología y la presentación de los primeros resultados a través de viñetas, ya que la investigación no había concluido a la fecha del evento. La recepción del trabajo fue nula, no hubo preguntas ni comentarios posteriores, mi explicación está relacionada con la temática abordada, su marcada orientación hacia la investigación cualitativa y su alejamiento a la práctica terapéutica, ya que los otros trabajos, en su mayoría documentales, estaban claramente dirigidos hacia éste ámbito. Mi propuesta hubiese sido mover mi ponencia a otra mesa donde el tema era “Enfermedad y Muerte”, ya que las investigaciones presentadas allí, tenían más relación con la que presenté.

3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1. Consideraciones éticas emergentes de la práctica profesional

Durante mi estancia en la Residencia de Terapia Familiar, hubo algunas situaciones que despertaron varias preguntas sobre las cuestiones del compromiso y de la ética de los terapeutas familiares, preguntas como ¿Quiénes deberían citarse para la siguiente sesión? Si en casos de violencia conyugal ¿debían venir juntos los miembros de la pareja? ¿debíamos atenderlos por separado? ¿el enfoque sistémico era adecuado para cualquier tipo de problemática familiar? ¿todas las personas eran sujetos de terapia? ¿qué era manipulación? ¿cuándo todo se valía? ¿la mezcla de técnicas y modelos era permitido? ¿en qué situaciones?.

A partir de estas cuestiones, realizaré una reflexión sobre la ética del terapeuta, comenzaré con la pregunta de si existe “La ética”, es decir, un código el cual establezca una forma de comportamiento de los terapeutas. Lo comento porque me llamó la atención que algunos autores se lo plantearan, e incluso hicieran esfuerzos por delimitar o establecer algunas guías para el trabajo terapéutico.

Por ejemplo, desde un enfoque estratégico y de terapia breve “una terapia ética y responsable supone trabajar con la realidad del cliente (marco de referencia, cosmovisión, etc.) en vez de exigirle que acepte la realidad del terapeuta” (Fisch, 2004, p. 484). Lo anterior tiene implicaciones sobre el concepto de “verdad”, pues para los estratégicos, apoyados en un enfoque constructivista, la verdad del cliente y la del terapeuta pueden ser radicalmente opuestas, pero la que se juega en cada sesión es la del cliente.

Para poder aceptar y distinguir la realidad/verdad de los clientes, el terapeuta tendría que estar muy claro de cuál es su cosmovisión, cuáles sus principales creencias y prejuicios. Para Cecchin (en Des Champs y Torrente, 1996), los prejuicios son la única manera de que las personas vemos las cosas, que reflejan las relaciones que hacemos entre esas cosas y la reacción de cada uno tenemos frente a esas relaciones. Por lo tanto, cada terapeuta tendrá esa forma de ver los problemas y posibles soluciones de sus clientes. Aquí la cuestión será si es capaz de hacer la distinción entre sus lentes y los de la otra persona. La curiosidad, de acuerdo con Cecchin, Lane y Ray (2002) es una postura permanente que permite interactuar con el sistema, y nos mantiene alejados de la idea, a veces obsesiva en los terapeutas, del generar cambio –pues se reconoce que éste es constante e independiente de la intervención terapéutica – y por lo tanto se confía en la capacidad de autoorganización de los sistemas.

Al respecto Pérez Alarcón (2001) planteó algunas implicaciones sobre la ética que –de acuerdo con mis prejuicios – me permitieron plantearme algunas soluciones al problema de la ética. La primera es cómo la técnica y la ética pueden llegar a fundirse, cuando parece que se habla de lo mismo. Por ejemplo, atendimos un paciente que solicitó terapia individual, su motivo de consulta era que él se veía como un esposo celoso, lo cual le trajo problemas en la relación conyugal. En la primera sesión su esposa lo acompañaba, y estaba en la sala de espera. Al saber esto la supervisora pidió que la mujer entrara a la sesión, sus argumentos eran que ella estaba implicada en el problema y que los terapeutas en formación estábamos aprendiendo terapia

familiar, por lo tanto, era necesario procurar observar familias. Las terapeutas a cargo realizamos la petición.

El resultado fueron escaladas de violencia entre la pareja las cuales permanecieron durante varias sesiones, con pocas posibilidades para los terapeutas de intentar soluciones o generar espacio para la reflexión, hasta que se revisó nuevamente el caso y se concluyó que sería conveniente atender por separado a cada uno, al hacerlo se tuvieron avances importantes, se detuvo la violencia entre la pareja, y los pacientes reportaron sentirse con la privacidad necesaria para hablar sobre lo que les sucedía.

Con este ejemplo pretendo exponer como poner en primer término la técnica, en este caso el “deber” atender a todos los implicados en el problema o a la familia, cuando no existen las condiciones o no se ha dado un espacio y tiempo para comprender ¿cuál es el problema? ¿cómo lo ve cada persona?. Cuando se obedece ciegamente a lo que dicta un modelo teórico y se le da el valor de verdad. Como terapeutas tenemos que estar atentos a diferenciar cuando se trata de conocer los pasos de una metodología o la rigurosidad de una técnica, y cuando se trata de elegir cuando se debe o puede aplicar la ciencia en las personas con las que trabajamos, y esto sólo puede ser posible si tenemos en cuenta el contexto, y si nos asumimos como parte del todo, de la unidad.

Pero al mismo tiempo se necesita tener en cuenta a *la complejidad*, de intentar comprender que no existe causa y efecto, es decir, linealidad pues el mundo y las personas no pueden observarse de manera aislada, sino que en su actuar se juegan infinidad de categorías que las hacen únicas. Por ejemplo, fui parte de un equipo terapéutico, donde se atendió a un hombre que solicitó terapia porque tenía problemas con su pareja. El mismo equipo atendía a la esposa de este hombre, con la cual se logró el enganche en poco tiempo. Sin embargo, la terapeuta del esposo tuvo dificultades para establecer una meta terapéutica, puesto que el hombre hablaba de distintos temas durante las sesiones, por ejemplo sus preferencias sexuales.

La negativa del hombre de hablar directamente sobre los problemas de pareja, durante las tres primeras, y únicas, sesiones se interpretó por una parte del equipo, como que el paciente no tenía estructura, que su narrativa carecía de coherencia y por lo tanto no era sujeto de terapia, a lo mucho se podría hacer alguna intervención psicoeducativa. Otra parte del equipo pensábamos que era necesario abordar el caso evitando mezclar la información que teníamos sobre su esposa, y centrándonos en escuchar su historia y, en caso de que él lo decidiera, encontrar una motivación

propia para asistir a terapia, más allá de lo que el narró, sobre el condicionamiento de su esposa, de quitarle al hijo de ambos si no se atendía. El hombre dejó de asistir a las sesiones, la esposa informó que éste se había negado a asistir a la terapia y había optado por acudir a un grupo de ayuda, organizado por la religión a la que pertenecía. En este sentido, es importante recordar la complejidad que implica cada persona, y sus problemas, más allá de una teoría o modelo psicológico.

Un elemento más que me parece relevante retomar de Pérez Alarcón (2001), es que toda práctica profesional es una práctica social, y cómo tal implica que existe una responsabilidad ante quien solicita nuestros servicios, es decir, surge la necesidad de responder ante las acciones que llevamos a cabo dentro del consultorio, sobre las elecciones y decisiones que tomamos. Esto me recordó que en una plática informal, un amigo me comentaba que él no elegiría la psicología, y mucho menos atender pacientes, porque se le hacía que era “demasiada” responsabilidad. Me puse a reflexionar y pensaba en cómo había elegido, precisamente, una forma de ganarme la vida donde se requieren habilidades de escucha, la cual se caracteriza por hacer el esfuerzo de comprender a ese Otro, que implica co-construirlo en cada sesión, así como sorprenderse de las decisiones que va tomando, de las historias que ha tejido, de resonar con las emociones, con las palabras que se dejan sobre los 50 o 60 minutos, de escuchar lo que no se dice y al hacerlo se dice algo.

Por lo tanto, quiero terminar este apartado con una cita de Savater (en Pérez Alarcón, 2001: 138) donde dice que "una perspectiva para la reflexión práctica sobre nuestras acciones... consiste en poner nuestra libertad al servicio de la camaradería vital que nos emparenta con nuestro semejante en desesperación y alegría". Para mi es una postura, un sentido de vida, de responder ante lo que digo y/o hago, que cuestiona constantemente mi propia identidad, al tiempo que la enriquece enormemente. Es mi vida, de lo único que puedo dar cuenta.

Capítulo IV

Consideraciones Finales

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

A lo largo de los planteamientos hechos en este texto, hubo un momento en el que caí en cuenta de que éste no tenía un título, deteniéndome a cuestionar cómo era que no le había asignado uno, pensé que reflejaba la falta de sentido que, en ese tiempo para mí, tenía escribir el Reporte. Si bien es cierto que ponía tiempo y trabajo en continuar investigando, construyendo y redactando, fue hasta que le di un nombre - *“Resonancias y reflexiones sobre el devenir de una Terapeuta Familiar”*- que adquirió una dirección clara sobre lo que yo quería expresar: una narración en primera persona, donde se vuelve a pensar sobre los actos.

Debido a esto, en el presente apartado es necesario que comparta que se me dificultó narrar cuáles fueron las habilidades y competencias profesionales, dado que prefería hablar de Aprendizaje II, de acuerdo con Bateson (1998), es decir, en realizar un ejercicio para reflexionar y aprender cómo fue que aprendí. En efecto, mi forma de observar y escuchar al mundo experimentó un cambio cualitativo, gracias a la comprensión de la Teoría Sistémica, Cibernética, Constructivista o Construccionalista social, las cuales insistieron en establecer que lo importante era *la relación, las interacciones, la información y el significado*.

La influencia de las lecturas, las discusiones, los casos organizados con una estructura de equipo terapéutico (en vivo, con espejo bidireccional o reflexivo) mostraron efectos en mi práctica clínica posterior. Un ejemplo de lo anterior, es que comprendí la necesidad de la supervisión de los casos, como pude observar cuando creí que un caso no mostraba avances o se presentaba sospechosamente “bien”, entonces escuchar la voz de otro me señalaba los temas inexplorados, planteaba preguntas curiosas sobre la información que le expongo, me ofrecía desde su experiencia las posibilidades de intervención, o simplemente me cuestionaba ¿qué te está moviendo a ti, el caso?, en el sentido de que existía alguna resonancia de la narración del paciente con mi historia de vida. En consecuencia conversar con un o una colega, sobre el curso de los procesos terapéuticos, me ha proporcionado una visión refrescante a la observación propia.

Aunado a lo anterior considero que fui construyendo la habilidad de ampliar mis hipótesis de trabajo hacia las interacciones más allá de las explicaciones lineales, de tal suerte que pude plantear con más frecuencia cuestiones que representaban una mirada desde la recursividad, por ejemplo: ¿Cuando X y Y hacen tal cosa, qué hace Z? ¿qué pasa con C, cuando observa la interacción entre A y B? ¿A y B qué creen que siente D, cuando mira lo que le pasa a C? Es importante recalcar que las horas de supervisión me permitieron construir un pensamiento

enfocado en indagar la pauta, mirar en circular, ampliar la observación hacia contextos más amplios, como la familia extensa, la escuela, la iglesia, el centro comunitario o las organizaciones no gubernamentales que atienden a los pacientes.

Por otra parte, aprendí que hay buenas sesiones, malas, fatales, que los errores forman cuando son reflexionados y aceptados. Pensé en mi arrogancia al creer que no me equivocaría cuando ¡estaba aprendiendo! Un ejemplo de esto lo experimenté al revisar los casos que expongo aquí, puesto que la revisión, análisis y redacción me permitieron reconstruir y deconstruir los momentos, pensamientos, situaciones y dificultades que viví en aquél tiempo; empero la distancia temporal me posibilitó pensar creativamente en propuestas que, en mi opinión, serán útiles en mi práctica clínica actual y futura.

Además, puse atención en la relación terapéutica como una compleja red de valores, creencias, historias incluso de generaciones anteriores, que se juegan en cada sesión. De manera semejante sucede con los supervisores(as), con los y las colegas, sus historias y la mía enlazándose en situaciones complicadas, en varias ocasiones, conflictivas. Como se pudo constatar en el análisis de las resonancias de género y con las situaciones de pérdida, que experimenté con las familias que presente en este documento. Por esta causa, considero que fue un contexto benéfico para aprender a respetar la experiencia de quienes llevan más tiempo en esta profesión, al mismo tiempo comprendí que puedo conseguir su respeto, es mi derecho y responsabilidad hacerlo de manera firme y respetuosa.

En igual forma, aprendí a mostrarme con apertura a la crítica de mi trabajo, al ser observada por tantas personas en las sesiones supervisadas en vivo. Esta modalidad de enseñanza en la Residencia me brindó la oportunidad de iniciar la formación teniendo presente que hay otro que está pendiente del quehacer profesional que yo realizo. Con referencia a lo anterior, recuerdo el título de Andersen (1995) al respecto de que *el lenguaje no es inocente*, haciéndome evidente y responsable de que cada frase, palabra, gesto mío tendrían un efecto; asimismo, tuve en cuenta la valiosa sugerencia de la Mtra. Nora Rentería (comunicación personal) de *interiorizar al equipo terapéutico* cuando dudaba sobre hacer cierta intervención o no llevarla a cabo, entonces pensaba en *si tuviera un equipo de colegas ¿qué me aportarían? ¿algunos estarían de acuerdo? ¿otros en desacuerdo? ¿en qué sentidos?* Según mi opinión esta modalidad de supervisión directa en la formación de las y los terapeutas, es una fortaleza del modelo de la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM.

Empero, en el devenir terapeuta, durante y después de la Residencia, me encontré ante la dificultad de preguntarme, en algunos casos: ¿quiénes forman esta familia? ¿cuál es la organización que las personas prefieren en la actualidad? ¿Qué nuevas formas de familias están presentando conflictos y solicitando ayuda profesional? Un ejemplo de esto fue cuando en la práctica clínica me encontré con:

- abuelas que, ante la muerte de sus hijas, asumían el cuidado de los nietos;
- una pareja de lesbianas cuyo problema entre ellas, era que una deseaba adoptar la hija de su anterior pareja, mientras que la otra no deseaba ejercer la maternidad;
- una demanda frecuente de mujeres profesionistas, independientes y participes de relaciones de pareja violentas;
- hijos adoptivos que desconocen su origen y presentan problemas de conducta que sus padres no logran comprender y atribuyen a la “herencia” de los progenitores;
- familias con miedo de que sus hijos adolescentes se conviertan en adictos o en proveedores de drogas ilícitas;
- familias con madres, padres, hermanos, niñas y niños con depresión;
- padres con hijos e hijas víctimas de bullying;
- familias con historias de incesto, abuso sexual y violación, donde el silencio caracterizaba las relaciones entre generaciones.

En ese mismo sentido existe un área de oportunidad en los contenidos que ofrece la Residencia, es decir, requiere de un espacio donde se revise el concepto y evolución histórica de la institución de *la familia*, dentro del mapa curricular. Para ilustrar esto propongo abordar la investigación desde la psicología, el psicoanálisis, la filosofía, la sociología y antropología de la familia; asimismo permanecer al tanto de las discusiones actuales sobre dicha institución. Sería interesante que nuestra Universidad Nacional, a través de la Facultad de Psicología y la Residencia en Terapia Familiar, fuese quien dictara la discusión sobre el tema de *las familias*.

Hecha la observación anterior, las y los terapeutas nos enfrentamos con el reto de trabajar para buscar alternativas a los problemas que enfrentan las familias en nuestro país, debido a las condiciones políticas y sociales presentes, las cuales requieren de nuestra parte intervenciones:

- ✓ Autogestivas, debido la falta de interés del Estado con respecto al área de la salud mental. Ya he hablado más arriba de que el presupuesto asignado a estos servicios en México, es infinitamente menor al que sugieren instancias internacionales, en

consecuencia será una tarea constante la generación de investigación, textos e intercambio de experiencias de la práctica clínica entre colegas, que subsane esta carencia presupuestal.

- ✓ Creativas, por la falta de recursos para llevarlas a cabo. Con la innovación en los materiales e ingenio de cada terapeuta para procurarse formas de intervención que se pongan al servicio de los y las pacientes.
- ✓ Comprometidas, con cada una de las personas a las que atendemos. Lo anterior incluye los espacios privados, como el consultorio, y los públicos en la reivindicación de las luchas sociales, por ejemplo para garantizar a los y las jóvenes sus derechos sexuales y reproductivos, solidaridad con el movimiento lésbico gay; las denuncias contra la pederastia, la defensa de los derechos de los adultos mayores; y la lucha constante contra los distintos tipos de violencia, desde la que ocurre cara a cara hasta la estructural.
- ✓ Profesionales, con fundamento teórico que sustente las intervenciones. Que significa para mí asistir, participar, gestionar, organizar, solicitar y monitorear eventos relacionados con la formación y actualización constante de la Terapia Familiar en México.
- ✓ Colectivas, puesto que implican la colaboración de colegas y de otros profesionales al cuidado de la salud. Por ejemplo, en la supervisión de los casos, la organización de grupos de trabajo temáticos, intercambio de información, apoyo en los casos, entre colegas, por temas de especialización.
- ✓ Contextualizadas, lo que quiere decir que consideren el momento histórico, político; así como la clase, el género y la etnia a la que pertenecen las familias que se atienden.

Con referencia a lo anterior, trabajar en *la clínica* sin ser un agente de control social es, según mi punto de vista, complicado y posible. Es un compromiso social y ético nuestro con cada ser humano que con todo el dolor de su malestar, y con las pocas esperanzas que le han quedado, lo comparte con nosotros, quienes buscamos la posibilidad de que *hay algo más* que problemas o *formas distintas* para experimentar el bienestar.

4.2. Reflexión y análisis de la experiencia en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo

De acuerdo con los razonamientos que he venido realizando, la reflexión de la experiencia de la terapeuta fue el eje de mi trabajo, en el análisis de la resonancia de las dos familias cuyos casos expuse. Tal como se observó en las construcciones que realicé entre la narrativa de los miembros de las familias y mi historia de vida, emergieron temas como el género, el poder, la relación de pareja, la pérdida y el duelo. También mostré mi participación en la construcción de un instrumento que pretende ser un elemento de prevención de la violencia en la pareja, así como un taller comunitario al respecto de esta dolorosa problemática social. También, se pudo observar mi interés sobre la transmisión generacional de significados, en especial cómo es que se comprenden la muerte los niños y niñas. Propuse informar a la población sobre qué es la Terapia Familiar, y un taller reflexivo para terapeutas en formación.

En resumen, los temas explorados e intervenidos dejaron ver mis intereses en el devenir como una terapeuta familiar y las formas que he adoptado para incidir en el amplio campo de trabajo que implica ser un profesionalista en la salud mental.

En ese mismo orden y dirección propongo finalizar el Reporte de Experiencia Profesional, evocando a White (2002), en lo que respecta a la transformación de la vida del terapeuta cuando trabaja en la clínica, lo que el autor llamó “*la concepción recíproca de la terapia*”. Lo anterior implica que el terapeuta reconoce y exalta la contribución de los saberes y habilidades de las personas con las que trabaja, promueve descripciones más densas mientras que abandona las que están centradas en déficits. Una concepción recíproca transgrede el límite entre la *vida personal* y el *trabajo* del terapeuta. Para ejemplificar tales consideraciones me pregunto **¿qué fue lo que dejó en mi vida la experiencia de ser una terapeuta formada en la UNAM, y del trabajo con las familias con las cuales trabajé?**

En primer término debo reconocer *el privilegio de entrar en las vidas* de estas personas, durante mi etapa de formación. He reflexionado que las historias de dolor, pérdida, desesperanza, violencia, tristeza, enojo, furia, alegría, bondad, reencuentro, cambio, transformación, etc., que comparten las personas dentro del espacio terapéutico, implican una apertura de cada sujeto que ocurre en ese preciso momento, quizá no vuelva a repetirse. En consecuencia de esto, ser testigo de las emociones humanas, de todas las creaciones posibles de un sujeto es una experiencia única, y que le quiero agradecer a cada una de las personas que me dejó escucharle.

De la misma manera, varias familias me ayudaron a *integrar figuras a mi historia* de vida. Los casos que presenté fueron dos ejemplos de cómo la escucha e interacción con familias con dificultades en la comunicación de las emociones, especialmente entre varones; lo anterior tuvo efectos para mí, al plantearme que en mi vida personal que se me dificultaba escuchar y validar las voces masculinas de mi familia de origen, por ejemplo de mi padre, abuelo, hermano y actualmente de mi pareja; en efecto, significó un tema que me cuestionó sobre el papel de la masculinidad, su importancia y huella en mi historia, a partir de observar los roles que estas personas tenían en las familias que expuse.

En lo que se refiere a las voces femeninas, mi reflexión se dirigió a preguntarme ¿qué me sucedía cuando interactuaba con mujeres con poder? ¿cuáles eran mis estrategias de resistencia ante la situación de desigualdad? ¿qué efectos tenían sobre mi desempeño en lo público y lo privado? ¿cómo actuaba cuando yo era la que tenía una posición de mayor jerarquía sobre otras mujeres? Si bien revaloré las opiniones y conversaciones con otras mujeres, debo decir que aún es un tema que continuo trabajando, puesto que me percaté que algunos efectos pueden dificultar mi desarrollo laboral o personal.

Por su parte, conocer a estos individuos y familias, me permitió realizar *nuevas asociaciones y renovar el interés* en ciertas áreas de mi vida, como puede verse en mi reflexión sobre la calidad de vida, me interrogué ¿qué situaciones me impedían tomar un descanso o divertirme? ¿el trabajo podría significar una forma de evasión de temas más trascendentes? ¿cómo se encontraba la relación con mi familia nuclear y extensa? ¿qué cosas o intereses nuevos había desarrollado en el último año? ¿mi cuerpo se encontraba libre de malestares? ¿me había permitido escuchar si mi cuerpo estaba manifestando dolor o alguna irregularidad? ¿cómo estaba yo atendiendo y/o cuidando de mis emociones?

Es para mí importante compartir que los efectos de las resonancias analizadas en este documento, me movilizaron desde el tiempo en que atendía a las familias hasta la actualidad. Paulatinamente he comenzado a analizar cada una de esas preguntas que expongo. Por ejemplo, ahora pienso que es necesario procurarme tiempo de descanso, respetar horarios para alimentarme y dormir; de igual forma me recuerdo constantemente que es necesario hacer tiempo para la diversión, para aprender cosas nuevas; decidí enfrentar y resolver ciertos *enojos añejos* y hacerme tiempo para la compañía y convivencia con la familia extensa; en lo posible, a causa de los horarios y la distancia procuro reunirme con mis amigas y amigos. En el mismo sentido del

autocuidado, he pensado en la relevancia de revisar mis dolencias físicas y emocionales, darme el espacio para atenderlas.

También me llevé *las voces de los pacientes*, nuevamente recuerdo algunas frases unas graciosas, tiernas, cariñosas, otras demandantes, acusadoras, reflexivas, burlonas, que me dieron la oportunidad de pensar sobre cómo mis palabras pueden tener efectos en mis relaciones personales. En efecto, el intercambio entre lo que digo a alguien, el tono, el contenido, la postura y lo que recibo como respuesta que me hace devolver otra mirada, o me hacía cambiar el volumen de mi voz, todo aquello que deja huellas que difícilmente se borran, en él o la paciente y en mí. En el ámbito de mi vida privada he podido constatar que las consecuencias no se pueden prever, a veces inculcan valores que ayudan a sobresalir y sobrevivir, en otras ocasiones han dificultado mi crecimiento personal, por ejemplo pude recordar qué frases me dejaron profundas emociones, mandatos, revelaciones, en las que yo todavía tengo que trabajar.

Escribo todo esto para “*Recordar recordar*” vs el “*recordar no olvidar*” de White (2002a). Lo que quiero recordar son las historias sobre compromisos, resistencia, sobrevivencia y lucha que escuche durante los dos años de residencia. Así como la alegría de ser testigo de los cambios que las personas llevaban a cabo para sentir bienestar. Además, me parece importante recordar que las transformaciones requieren de tiempo y toman formas insospechadas e inesperadas, el respeto a estas creaciones individuales, desde mi lugar de terapeuta es algo que quiero recordar cada sesión.

Comparativamente con el tiempo en que inicié la Residencia, en la que me apresuraba a elaborar hipótesis e inmediatamente intervenir, en la actualidad trabajaría en mi paciencia, es decir esperar a que el trabajo vaya dando sus frutos, pensar sobre cuáles pueden ser las intervenciones más adecuadas para promover el cambio y obtener resultados; perseverar en el trabajo y sobre todo creer en que lo que estoy haciendo tiene un sentido y un valor, si es necesario, defenderlo con argumentos. Todo lo anterior es producto de un tiempo donde he vuelto a pensar sobre lo que viví durante la Residencia, como resultado de cada una de las relaciones que establecí en esos momentos como alumna, compañera, terapeuta y novia.

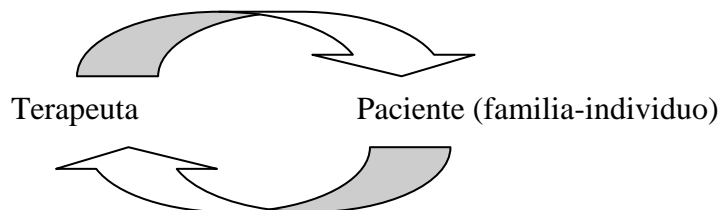
Por último y siguiendo a White (2002a), quiero *agradecer lo que recibí*, devolviendo a los pacientes que conocerles significó para mí, no sólo unas horas de práctica, sino compartir momentos de vida. Agradezco su paciencia, honestidad, apoyo pero sobre todo su confianza, también agradezco sus demandas de solución, su enojo y frustración que me empujaron a

detenerme, pensar ¿qué estoy haciendo? ¿qué es lo más viable para esta persona en estos momentos? Para posteriormente intentar una y otra vez soluciones que fuesen útiles para ellos y ellas, aún cuando no siempre lo logre cada experiencia fue valiosa en mi devenir terapeuta.

Quiero agradecer a aquella paciente que me dijo que sentía que no la estaba escuchando; al niño que dijo que no quería ir a sesión porque “era para grandes”; a la mujer adulta mayor que vendía dulces fuera de una primaria para juntar dinero y pagar cada sesión; al niño que no mostraba golpes en su cuerpo, pero mostraba dolor de intuir que su mamá no lo amaba; al paciente varón que me permitió acompañarlo en su descubrimiento de un abuso sexual por parte de su hermano. A cada persona que me permitió ser testigo del acercamiento a las raíces de sus malestares, y con ello darme la oportunidad de revisar mis prejuicios y narraciones sobre *lo humano*, con el objetivo de mejorar como persona y profesional.

Un elemento más que recibí, fue la construcción de mi compromiso. En este tiempo de posmodernidad y del polémico *todo es válido*, sinceramente a mi me lleva un tiempo comprometerme con las personas, los proyectos, incluso conmigo misma. Aún cuando esto es cierto, la finalización de este texto ilustra que puedo cumplir los compromisos que hice con personas, instituciones y conmigo para lograr terminar lo que una vez comencé con muchas ilusiones, deseos y planes para mi futuro individual (profesional), de pareja, familiar y colectivo.

Para concluir pienso que el análisis de las resonancias en mi práctica clínica, fue un elemento fundamental en esta narración que hago sobre mí. Es conveniente recalcar que la emergencia de mi postura como una observadora cuyas propiedades (género, jerarquía, posición en una relación, historia de vida) entraron en la descripción de lo que observaba en las dinámicas familiares de mis pacientes, hizo posible una comprensión cualitativamente distinta de lo que sucedió a lo largo del proceso terapéutico de dos familias, pero que al mismo tiempo pertenecía y se trasladaba a otros ámbitos de lo privado, en una dialéctica



El origen no necesariamente se puede esquematizar comenzando con la terapeuta, ni termina con el elemento paciente, sino en el ejercicio de reflexión y construcción de la resonancia

que lleva a cabo la terapeuta, como lo fue el objetivo de la exposición de los casos del presente texto.

A manera de colofón, me gustaría describirme, porque creo que las resonancias de género, poder, relación de pareja, la pérdida y el duelo, generaron una movilización en mí, en el sentido de llevarme a cuestionar cómo me relacionaba y las consecuencias de adoptar ciertas formas de *presentarme en el mundo*. Considero que existe una diferencia sustancial, gracias a esta experiencia de reflexión (por supuesto aunada a las nuevas vivencias) en cómo me miro con el tiempo sucedido: soy una mujer de 33 años, me observo joven, inquieta, comprometida, interesada en aprender cada vez nuevas teorías que me permitan continuar creando e interviniendo en la salud mental y en la política pública.

Hoy día radico en uno de los estados de la República Mexicana con un índice alto índice de pobreza, donde tengo planes para ejercer la clínica. Cuento con tres años de análisis personal, cuatro años de práctica clínica, me he especializado en el tema del abuso sexual, he aprendido a trabajar con niñas y niños, mujeres- adolescentes y adultas- y familias con esta problemática. Soy parte de la organización de un colectivo cultural que trabaja en la comunidad de la que soy originaria, cuyas acciones se han ganado un reconocimiento a nivel estatal. En resumen: una mujer en su devenir.

Bibliografía

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y Familia*, 8(1), 3-7.
- Andersen, T. (1996). El lenguaje es poderoso y puede ser peligroso. *Psicoterapia y Familia*, 9(1), 14-20.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2008). Mitos sobre el "no saber". *Psicoterapia y Familia*, 21(2), 6-15.
- Andolfi, M. (1977). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del psicólogo*, 23(084), 45-53.
- Arraigada, I., & Aranda, V. (sin año). Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidades de políticas públicas eficaces. *UNFPA NACIONES UNIDAS CEPAL*.
- Arranz, E., Oliva, A., Martín, J., & Parra, A. (2010). Análisis de los problemas y decesidades educativas de las nuevas estructuras familiares. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 243-251.
- Auerwald, E. H. (1986). Reflexiones sobre el pensamiento en terapia familiar. En H. C. Fishman, & B. L. Rosman, *El cambio familiar: desarrollo de modelos* (págs. 27-41). Buenos Aires: Gedisa.
- Avello, L. (1994). Relación. En N. González, *Primer libro de técnicas participativas de educadores cubanos*. La Habana: Centro de Intercambio Educativo "Graciela Bustillos".
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza* (2a. ed.). Madrid: Amorrortu.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz, *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones* (9a. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bolet, M. (2000). La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General*, 16(4), 406-409.

- Boscolo, L. (1998). La evolución del modelo sistémico. De la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden. En M. Elkaïm, *La terapia familiar en transformación* (págs. 79-82). Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruner, J. (1990). *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Budman, S. (2004). El mito de la terminación en terapia breve: sólo se acaba... cuando todo ha acabado. En J. Zeig, & S. Gilligan, *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (págs. 243-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Canevaro, A. (1996). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Carse, J. (1987). *Muerte y existencia. Una historia conceptual de la mortalidad humana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Castro, R., Riquer, & Medina. (2004). *Violencia de género en las parejas mexicana. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*. México: InMujeres-UNAM.
- Cecchin, G. (1994). Sistemas terapéuticos y terapeutas. En M. Elkaïm, *La terapia familiar en transformación* (págs. 63-66). Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (1998). Construccinismo social e irreverencia terapéutica. En *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (págs. 333-346). Buenos Aires: Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Cerejido, M., & Blank-Cerejido, F. (1977). *La muerte y sus ventajas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cinco maneras de formar una familia homoparental. (4 de marzo de 2010). *Letra S, La Jornada*, pág. 1.
- Consejo Nacional de Población. (2007 en prensa). *Los jóvenes, alta prioridad para la política de población*. SEGOB.
- Corsi, J. (1990). *El modelo masculino tradicional*. Buenos Aires: Paidós.
- Cruz, A. (27 de Febrero de 2012). Con la adopción de Hugo se crea la tercera familia homoparental en México. *La Jornada*, pág. 40.

- De Shazer, S. (1986). *Claveros para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Delegación Cuajimalpa*. (5 de julio de 2008). Obtenido de <http://www.cuajimalpa.df.gob.mx/historia/antecedentes.html>
- Delval, J., & Muriá, I. (2008). *Los niños y Dios. Ideas infantiles sobre la divinidad, los orígenes y la muerte*. México: Siglo XXI.
- Des Champs, C., & Torrente, F. (1996). Los prejuicios sistémicos. Entrevista a Gianfranco Cecchin. *Perspectivas sistémicas*.
- Echeverría, R. (1999). *El arte de la retroalimentación en los equipos de alto desempeño*. Newfield Consulting.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Elkaïm, M. (1989). *Si me amas no me ames*. Buenos Aires: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1994). Notas sobre la autorreferencia y la terapia familiar. En M. Elkaïm, *La terapia familiar en transformación* (págs. 67-71). Barcelona: Paidós.
- Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construcción social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y Familia*, 9(2), 4-13.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (págs. 115-136). México: Pax México.
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3a. ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández Christlieb, P. (1994a). *La psicología colectiva un fin de siglo más tarde*. Colombia: Anthropos.
- Fernández Christlieb, P. (1994b). Psicología social, intersubjetividad y psicología colectiva. En M. Montero, *Construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona: Anthropos.
- Fisch, R. (2004). <<Se fiel a tí mismo...>>: aspectos éticos de la terapia estratégica. En J. Zeig, & S. Gilligan, *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (págs. 483-491). Buenos Aires: Amorrortu.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fleiz, C., Ito, M., Medina-Mora, M., & Ramos, L. (2008). Los malestares masculinos: narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(005), 381-390.
- Fleuridas, C., Nelson, T., & Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*(12), 113-127.
- Fortes, J. (2009). Errando por los caminos del terapeuta. En J. Fortes, *El terapeuta y sus errores. Reflexiones sobre la terapia* (págs. 13-57). México: Trillas.

- Foucault, M. (18 de mayo de 2009). *El ojo de poder*. Obtenido de Escuela de Filosofía Universidad ARCIS: www.philosophia.c/Escuela de Filosofía Universidad ARCIS
- Framo, J. (1982). *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve. Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: Marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y Familia*, 2(1), 30-39.
- Galicia, I. (2004). Terapia estratégica. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (págs. 81-113). México: Pax México.
- Gergen, K. (1996a). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman, *Construcciones de la experiencia humana. Vol. 1*. Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. (1996b). *Realidades y relaciones. Aproximación a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2006). *El Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K., & Gergen, M. (1997). Toward a cultural constructionist psychology. *Theory and Psychology*(7), 31-36.
- Gergen, K., Hoffman, L., & Anderson, H. (1996). Is a Diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue. En F. Kaslow, *Relational Diagnosis*. Wiley.
- Gergen, K., Lock, A., Gulerce, A., & Misra, G. (1996). Psychological science in cultural context. *American psychologist*(51), 496-503.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (págs. 29-47). México: Paz México.
- Goolishian, H., & Anderson, H. (1998). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (págs. 293-306). Buenos Aires: Paidós.
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* (8a. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Harvey, D. (1990). *The condition of postmodernity*. United State of America: Blackwell.
- Hertz, R. (1990). *La muerte. La mano derecha*. México: Conaculta y Editorial Alianza Mexicana.
- Hirigoyen, M. (2005). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.

- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas* (8a. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibañez, T. (1994). *Psicología social construccionista*. Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Ibarra, A. (julio de 2004). *Athenea Digital*. Obtenido de <http://antalya.uab.es/athenea/num5/ibarra.pdf>
- Informe Nacional de Violencia y Salud*. (2006). Obtenido de [http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional_capitulo_II_y_III\(1\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Nacional_capitulo_II_y_III(1).pdf)
- Informe sobre Desarrollo Humano en México (2006-2007)*. (2007). Obtenido de http://www.undp.org.mx/desarrollohumano/informes/images/02ResumenEjecutivo_07.pdf
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2007). *www.imjuventud.gob.mx*. Obtenido de http://www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_violencia_2007.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?=est&c=17484>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2009). *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. Obtenido de http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1996). *La muerte. Un amanecer*. México: Ediciones Luciérnaga.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas* (4a. ed.). México: UNAM.
- Landero, R., & Villarreal, M. (2007). Consumo del alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17(001), 17-21.
- Landero, R., Estrada, B., & González, M. (2009). Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 171-183.
- Lax, W. (1998). Narrativa, construccionismo social y budismo. En M. Pakman, *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. (2007). Obtenido de http://www.unifem.org.mx/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=2
- Limón Arce, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax México.
- Linares, J., & Ortega, J. (2008). *Terapia Familiar. Aprendizaje y supervisión*. México: Trillas.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lomnitz, C. (2005). *Idea de la muerte en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lyotard, J. (1991). *La posmodernidad (explicada a los niños)* (3a. ed.). México: Gedisa.
- Mac Kune-Karrer, B., & Weigel Foy, C. (2004). El desarrollo de la sensibilidad del terapeuta en cuestiones de género: un modelo de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 17(1), 44-55.
- Madanés, C. (1982). *Terapia familiar estratégica* (3a. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Mardones, J. (1995). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica* (6a. ed.). México: Fontarama.
- McNamee, S. (1996). Reconstrucción de la identidad: La construcción comunal de la crisis. En S. McNamee, & K. Gergen, *La Terapia como construcción social* (págs. 219-232). Barcelona: Paidós.
- Medina-Mora, M. (2001). La epidemiología de la Salud Mental en México. *Informa. Boletín Especial CONADIC*.
- Medina-Mora, M., & Rojas, E. (2003). *Mujer, pobreza y adicciones*. Obtenido de www.imbiomed.com.mx
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Montes de Oca, V., & Hebrero, M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de Población*(50), 97-116.
- Morin, E. (1970). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Neimeyer, R. (1998). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En R. Neimeyer, & M. Mahoney, *Constructivismo en psicoterapia* (págs. 29-58). Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olaiz, G., Rico, B., & Del Río, A. (2003). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización de las Naciones Unidas. (2004). *La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia*.
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Familia y adolescencia: Indicadores de Salud. Manual de Aplicación*. W. K. Kellogg Foundation.
- Ortíz, C. (2007). El desarrollo psíquico y la subsecuente elaboración y comprensión del concepto de muerte en el niño. *Revista Lasallista de investigación*, 4(2).

- Osorio, M., Bazan, G., & Paredes, P. (21 de enero de 2010). *Manual de técnicas de relajación para niños con hemofilia*. Obtenido de Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM: <http://www.hemofilia.org.mx/pdf/relajación.doc>
- Pakman, M. (2002). Poética y Micro-política: Terapia Familiar en tiempos de Postmodernismo y Globalización. *Psicoterapia y Familia*, 15(1), 57-70.
- Papá, Papá e hijas. La realidad de las familias homoparentales. (5 de agosto de 2010). *Letra S, La Jornada*, pág. 1.
- Pena, D., & Lorenzo, M. (1994). Reto a la imaginación: El objeto personal. En N. González, *Primer libro de técnicas participativas de educadores cubanos*. La Habana: Centro de Intercambio Educativo "Graciela Bustillos".
- Pérez Alarcón, J. (2001). Necesidades estéticas e implicaciones éticas en Terapia Familiar. En R. Eustace, *Ética y Estética en la Terapia Familiar en México*. México: Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C.
- Pérez Alarcón, J. (2002). Entre teorías, lenguajes y simulaciones: la acción en el proceso terapéutico. *Psicoterapia y Familia*, 15(1), 3-12.
- Perrone, N., & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona: Paidós.
- Piaget, J. (1973). *La representación del mundo en el niño*. Madrid: Morata.
- Población, P., & López, E. (1996). Supervisión activa total (SAT). *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 1(2), 95-114.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2005). *Reporte Mundial de Desarrollo Humano*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2005/chapters/spanish/>
- Programa Escuelas Sin Violencia*. (2009). Obtenido de <http://www.educación.df.gob.mx/index.php/escuelas-si-violencia>
- Programa Nacional de Salud 2007-2012*. (2008). Obtenido de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
- Quilodrán, J. (2000). Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio. *Papeles de Población*, 25, 9-33.
- Quintero, A. (2006). El Diccionario Especializado en Familia y Género: Investigación terminológica y documental. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 29(2), 61-78.
- Reyes, M. (2009). La familia no es como la pintan. *Letra S, La Jornada*(150), págs. 4-5.

- Roberts, J. (2002). Del dominio privado al público: entrecruzando historias de terapeutas y consultantes. *Psicoterapia y Familia*, 15(2), 62-78.
- Rodríguez, A. (2001). La familia posmoderna: distancia y compromiso. *Redes. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (págs. 161-195). México: Pax México.
- Romero-Palencia, A., Cruz del Castillo, C., & Díaz-Loving, R. (2008). Propuesta de un modelo bio-psico-socio-cultural de infidelidad sexual y emocional en hombres y mujeres. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 14-21.
- Samper, J., & Garciandía, J. (2006). La mirada Chicó en la terapia, la supervisión y la transformación del terapeuta. *Psicoterapia y Familia*, 19(1), 38-56.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y teorías*. México: El Manual Moderno.
- Segundo Informe de Gobierno*. (2008). Obtenido de <http://informe.gob.mx/informe/>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-10.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. (1990). *Juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (1994). La transformación de los relatos en terapia. En M. Elkaïm, *La terapia familiar en transformación* (págs. 53-61). Barcelona: Paidós.
- Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y Familia*, 16(1), 45-54.
- Thomas, L. V. (1975). *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. Barcelona: Paidós.

- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part 1. Overview development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 113-125.
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Umbelino, B. (2003). Positive connotation: a short story about the myth. *Journal of Family Psychotherapy*, 14, 13-29.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz, *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (págs. 1-27). México: Pax México.
- Velasco, F. (2005). Empatía, isomorfismos y contratransferencia en terapia familiar. *Psicoterapia y Familia*, 18(2), 37-50.
- Vicencio, J., & Torres, W. (2003). La familia, la pareja y la psicología social. *Psicoterapia y Familia*, 18(2), 3-16.
- Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, M., López-Lugo, E., Juárez, F., Rivera, E., & Fleiz, C. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*, 19(3), 1-6.
- Von Foerster, H. (1998). Observar la autorreferencia en emergencia. En M. Elkaim, *La terapia familiar en transformación* (págs. 149-153). Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio: Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Buenos Aires: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Weinreich, M., & Hidalgo, C. (2004). Intervención de salud en familias de alto riesgo biopsicosocial: Seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. *Psyche*, 13(01), 33-42.
- White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002b). *Reescribir la vida: Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica* (2a. ed.). Barcelona: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento final de la primera fase

Datos Generales. Por favor contesta las siguientes preguntas anotando la respuesta o tachando la opción correcta.

Sexo: M (Masculino) F (Femenino). **Estado Civil:** _____. **Edad:** _____. **Número de focos en casa:** _____. **Tipo de vivienda:** Propia. Rentada. Otra (especifica): _____. **Número de hijos:** _____. **Duración de tu relación de pareja actual:** _____.

Los enunciados a continuación tienen que ver con situaciones entre parejas. En los espacios en blanco imagine el nombre de su pareja y contéstelos tomando el siguiente criterio:

1= Siempre 2=Casi siempre 3=La mayoría de las veces 4=A veces 5=La menos de las veces 6=Casi nunca 7=Nunca 8=Nunca me ha sucedido

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Cuando _____ me insulta, yo también lo insulto.								
2. Cuando he utilizado un objeto para golpear a _____, _____ toma algún otro objeto para golpearme también.								
3. Si _____ se burla de cómo me veo, yo también me burlo de _____.								
4. _____ dice que nadie me voltea a ver porque estoy gorda y fea, yo también le digo que esta gordo y feo.								
5. Cuando discutimos y lo empujo, _____ me regresa el empujón.								
6. _____ y yo nos gritamos.								
7. Si _____ me golpea, le respondo con otro golpe.								
8. Cuando discutimos _____ y yo, pareciera que nunca terminamos, porque cada quien intenta ser quien tiene la razón.								
9. Cuando en nuestras discusiones hemos llegado a los golpes, _____ responde a mis golpes con otros golpes.								
10. _____ y yo nos jaloneamos cuando discutimos.								
11. _____ y yo descalificamos mutuamente nuestras opiniones.								
12. Si _____ me menosprecia, yo también lo menosprecio.								
13. Cuando _____ está enojado y me da un puñetazo yo le respondo con otro golpe.								
14. _____ hace uso de mis cosas sin consultármelo (por ejemplo. automóvil, ropa, libros, aparatos electrónicos, etc.) y si a mí no me parece se lo digo.								
15. Cuando me enojo, le lanzo a _____ el objeto que tenga más a la mano, _____ me responde de igual forma.								
16. Cuando descalifico la opinión de _____, _____ también me descalifica.								
17. Nos jaloneamos cuando discutimos.								
18. Si me burlo de _____, _____ también se burla de mí.								
19. Si me niego a tener relaciones sexuales con _____, él se burla de la forma en que me veo, yo también me burlo.								
20. Si _____ y yo discutimos y le jalo el pelo, él me suelta un codazo.								
21. Cuando me burlo de cómo se ve _____, _____ también se burla de mí.								
22. Cuando nos peleamos y me sujeta con fuerza, trato de golpearlo de alguna forma.								
23. Cuando he golpeado a _____, _____ responde igual (con golpes).								
24. _____ me suelta un golpe cuando lo golpeo con mi mano en la cara.								
25. Cuando _____ y yo discutimos y lo jalo del brazo, él me suelta un golpe para que deje de jalarlo.								

Instrumento final de la segunda fase

Datos Generales. Por favor contesta las siguientes preguntas anotando la respuesta o tachando la opción correcta.

Sexo: M (Masculino) F (Femenino). **Estado Civil:** _____. **Edad:** _____. **Número de focos en casa:** _____. **Tipo de vivienda:** Propia. Rentada. Otra (especifica): _____. **Número de hijos:** _____. **Duración de tu relación de pareja actual:** _____.

Contesta las siguientes preguntas tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

S=Siempre CS= Casi siempre AV= A veces CN= Casi nunca N= Nunca.

NOTA: En el espacio en blanco imagina el nombre de tu pareja actual.

Reactivo	S	CS	AV	CN	N
1. Tengo relaciones sexuales con _____, para que deje de agredirme.					
2. _____ me obliga a usar objetos cuando tenemos relaciones sexuales aunque no me guste usarlos.					
3. Si _____ está enojado y le pido el gasto, no me lo da.					
4. Los dos nos agredimos con golpes.					
5. Cuando discutimos _____ y yo, siempre termino haciendo lo que él quiere.					
6. _____ no me deja que vista de forma provocativa, y yo le obedezco aunque me guste esa ropa.					
7. Cuando discutimos y _____ me empuja, yo le regreso el empujón.					
8. _____ me exige tener relaciones sexuales con otras personas, yo también se lo exijo.					
9. Cuando _____ me insulta, yo también lo insulto.					
10. _____ y yo peleamos sobre quién da más gasto para la casa.					
11. _____ es quien decide el uso que se le da a nuestros bienes, y aunque a mí no me parezca yo no digo nada.					
12. Cuando _____ me menosprecia, yo me callo aunque me sienta lastimada.					
13. _____ descalifica mi opinión y yo me siento como una tonta.					
14. _____ es mi pareja, y me puede exigir tener relaciones conmigo cuando quiera.					
15. Cuando discutimos _____ y yo, termino siempre dándole la razón.					
16. Aunque a mí no me parezca, _____ puede disponer de mi dinero como él quiera, y yo no digo nada.					
17. Cuando _____ está enojado y me da un puñetazo, yo no hago nada.					
18. _____ me exige tener relaciones sexuales de formas que no me gustan, yo también se lo he exigido.					
19. Cuando _____ está enojado y me da un puñetazo, yo respondo con otro golpe.					
20. Si _____ busca a otra para tener relaciones sexuales, yo también busco a alguien.					
21. Si _____ toma una decisión, yo accedo aunque no me convenga.					
22. _____ me exige tener relaciones sexuales, y yo también se lo he exigido.					
23. Cuando _____ me ha golpeado, yo no lo golpeo.					
24. Si me niego a tener relaciones sexuales con _____, él se burla de la forma en que me veo, yo también me burlo aunque sé que le afecta.					
25. Si me niego a tener relaciones sexuales con _____, me hiere burlándose de la en que me veo.					
26. Cuando en nuestras discusiones hemos llegado a los golpes, yo respondo a sus golpes con otros golpes.					
27. _____ y yo nos jaloneamos cuando discutimos.					
28. _____ trabaja pero no da dinero para el gasto, porque se atiene a mi ingreso.					
29. _____ me exige tener relaciones sexuales de formas que no me gustan, pero yo accedo.					

30. Me quedo inmóvil cuando ____ me golpea con su mano en mi cara.					
31. ____ me cela constantemente y yo también lo celo.					
32. ____ me exige tener relaciones sexuales, y yo accedo aún cuando no tenga deseos de hacerlo.					
33. ____ me exige usar objetos cuando tenemos relaciones sexuales, yo también se lo he exigido.					
34. ____ hace uso de mis cosas sin consultarme, yo no le digo nada aunque no esté de acuerdo.					
35. Si ____ me obliga a tener sexo, yo también le obligo.					
36. Cuando nos peleamos y ____ me sujeta con fuerza, yo trato de golpearlo de alguna forma.					
37. ____ me dice que nadie me volte a ver porque estoy gorda y fea, no le digo nada y eso me hiere.					
38. ____ me suelta una cachetada, y yo se la regreso.					
39. ____ me humilla con sus comentarios porque gana más dinero y yo no le respondo.					
40. Cuando ____ no contribuye con el quehacer, yo lo hago aunque tenga que hacer otras cosas.					
41. Cuando nos peleamos solo ____ golpea, porque yo no hago nada.					
42. Si ____ me menosprecia, yo también lo menosprecio.					
43. Cuando en nuestras discusiones ____ ha llegado a los golpes, yo huyo para ya no ser golpeada.					
44. Cuando ____ toma mi dinero sin pedírmelo, yo le reclamo a gritos.					
45. Cuando ____ se burla de mi forma de ser, yo no digo nada aunque me lastima.					
46. ____ y yo nos gritamos insultos y ofensas cuando nos peleamos.					
47. ____ hace uso de mis cosas sin consultármelo, a mí me enoja y busco desquitarme de alguna forma.					
48. Si me niego a tener relaciones sexuales con ____, me insulta, y yo me quedo callada.					
49. ____ me exige que vea videos o revistas antes de tener relaciones sexuales, yo también se lo he exigido, aunque sé que no lo disfruta.					
50. Aunque ____ sepa que no tengo dinero, si se lo pido prestado me lo niega.					
51. ____ usa la fuerza para tener sexo conmigo aunque yo no quiera.					
52. ____ dispone de mi dinero sin consultármelo y yo no digo nada aunque me afecte.					
53. Cuando discutimos y ____ me empuja, yo no respondo.					
54. Después de una pelea con ____, me exige que tengamos relaciones sexuales, yo accedo aunque no tenga ganas de hacerlo.					
55. ____ somos pareja, y yo le puedo exigir que tenga relaciones conmigo cuando yo quiero, el también puede hacerlo.					
56. ____ y yo peleamos sobre quien gana más dinero.					
57. Uso la fuerza para tener sexo con ____, porque él también lo ha hecho.					
58. Si ____ vendiera algo que es mío sin consultármelo, inmediatamente me pelearía con él.					
59. ____ me exige que aporte más dinero del que puedo, y yo lo hago.					
60. Si a mí no me parece que ____ disponga de mi dinero como él quiera, me peleo con él.					
61. Si ____ no quiere que salga con mis amigos, me quedo en casa aunque quiera salir.					
62. Cuando ____ está enojado me niega el uso de cosas que me pertenecen y yo no digo nada.					
63. ____ me pide que vea videos o revistas antes de tener relaciones sexuales, a mí no me gusta pero lo hago.					
64. Cuando ____ ha utilizado un objeto para golpearme, no me defiendo.					
65. Cuando discutimos ____ y yo, pareciera que nunca terminamos, porque cada quien intenta ser quien tiene la razón.					
66. Si yo trato de tomar una decisión, ____ no lo permite.					
67. ____ me toca de formas que no me gustan, yo también lo toco de forma que sé que no le gustan.					
68. Cuando ____ y yo discutimos y me jala del brazo, yo le suelto un golpe para que deje de jalarme.					

69. Cuando ____ descalifica mi opinión, yo también descalifico su opinión.					
70. Cuando ____ me ha golpeado, yo respondo igual.					
71. ____ y yo peleamos sobre quién gasta más dinero.					
72. Si ____ y yo discutimos y me jala el pelo, yo le suelto un codazo.					
73. Sí ____ me dice que buscará a otra para tener relaciones sexuales, yo le digo que también buscaré a alguien.					
74. Cuando nos peleamos entre los dos nos golpeamos.					
75. ____ y yo nos gritamos.					
76. Cuando ____ me golpea, me quedo callada.					
77. Si ____ se burla de mí, yo también me burlo de él.					
78. Si ____ me insulta, yo me quedo callada, aunque me sienta mal.					
79. Cuando nos peleamos y ____ me sujeta con fuerza, yo no pongo resistencia.					
80. Si ____ se burla de mí, yo no digo nada aunque me afecte mi autoestima.					
81. Cuando le cuento a ____ acerca de mi día, me ignora y siento que no me escucha.					
82. Si ____ vendiera algo que es mío sin consultármelo, yo no le diría nada aunque me enojará.					
83. Al discutir ____ me pega y yo no le respondo.					
84. Cuando ____ toma mi dinero sin pedírmelo yo no le digo nada aunque no me pague y me haga falta.					
85. Si ____ me grita, termino haciendo lo que me dice.					
86. ____ compara mi cuerpo con el de otras mujeres, yo también lo comparo con otros hombres, para molestarlo.					
87. Cuando ____ ha utilizado un objeto para golpearme, yo tomo algún otro objeto para golpearlo también.					
88. Siempre que ____ está enojado conmigo, me niega dinero aunque lo necesite.					
89. ____ no me dice sobre sus ingresos extras, yo tampoco le digo sobre los míos.					
90. Cuando ____ se enoja y me lanza el objeto que tenga más a la mano, yo le respondo de igual forma.					
91. ____ me arremete físicamente y yo le respondo de la misma forma.					

**¿QUIENES SON
TERAPEUTAS
FAMILIARES?**

Son profesionales en salud, psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, que tienen una formación especial, y deben estar certificados en el trabajo con familias.



Lo más importante es la motivación de los miembros, todos o algunos, de la familia para querer encontrar alternativas de solución al problema que enfrentan.

Si estás en una situación que requiere apoyo profesional, puedes solicitarlo en las direcciones que aparecen a continuación.

¿QUÉ SE NECESITA?

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"
Edif. "D" Sótano, de la Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Del. Coyoacán Col. Copilco Universidad
Lunes a Viernes de 9:00 a 9:00 hrs.
Tel: 56-22-23-09

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
"LOS VOLCANES"
Calle Volcán Cofre de Perote, esq. Volcán Fujiyama s/n. Col. Los Volcanes, Del. Tlalpan.
Lunes a Viernes de 10:00 a 15:00 hrs.
Tel: 56-55-91-96

CENTRO COMUNITARIO
"JULIÁN MCGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"
Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24, Col. Ruiz Cortines.
Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs. Tel:56-18-38-61 y 53-38-74-80



TERAPIA FAMILIAR

**¿Qué es?
¿Para qué sirve?
¿Cuándo se recomienda?**



¿QUÉ ES TERAPIA FAMILIAR?

La Terapia Familiar surgió en la década de los sesenta, como parte de un movimiento integrado por profesores, psiquiatras y psicólogos quienes rechazaban la idea de la "enfermedad mental" como un problema individual que sólo atañía a su paciente; en lugar de lo anterior propusieron comprender el malestar de las personas a través de la observación de cómo se relacionaban y comunicaban los integrantes de la familia de los pacientes que atendían.

Esta modalidad de terapia se caracterizó por solicitar que todos los involucrados en el problema asistieran a la sesión (abuelos, padres, hermanos, pareja, hijos, etc.) una vez reunidos el terapeuta pro-



movía la conversación sobre el origen de los conflictos, las alianzas entre miembros de la familia, e incluso cuestionaba la organización, reglas y actividades dentro y fuera del hogar.

Para la Terapia Familiar las emociones fueron de suma importancia al preguntar a las familias ¿se puede expresar enojo, alegría, tristeza, dolor, vergüenza entre ustedes? ¿qué emociones tiene en los otros(as) dichas expresiones? ¿cómo se ofrece apoyo unos con otros? Si no se manifiesta empatía ¿de qué otra forma responde la familia ante las emociones de sus integrantes?

Otra característica de la Terapia Familiar fue que los problemas se consideraron parte de los cambios en el desarrollo del ciclo de vida en la familia. Por ejemplo, cuando una pareja enfrentaba la llegada de su primer hijo, cuando los niños entraban a la escuela, la toma de llegada de la adolescencia, cuando los padres se enfrentaban a la salida de los hijos a formar su propia familia o se independizaban.

La duración de este tipo de terapia se planteó como breve, de 10 a 20 sesiones, aunque la frecuencia y número de sesiones dependía del tipo de problemática, la motivación, compromiso y esfuerzo de la familia.

La Terapia Familiar invita a cada uno de sus miembros a poner su granito de arena para enfrentar, entender y resolver la problemática que aqueja a la familia, por lo que generalmente se pide que asistan todos aquellos que viven bajo el mismo techo, o bien que están involucrados en el problema, por ejemplo papá, mamá, hermanos, abuelos; en ocasiones se pide la presencia de él o la profesora, médicos, amigos, etc.

¿QUÉ PROBLEMAS RESUELVE?

Problemas de conducta de niños pequeños y en edad escolar, conductas de riesgo en adolescentes, adicciones, trastornos de alimentación, intentos de suicidio. Además, eventos como la separación o el divorcio de los padres, violencia, muerte o enfermedad crónica y/o degenerativa en algún miembro de la familia pueden llevar a una crisis familiar que requiere apoyo profesional.

¿PARA QUIÉN ES?

ANEXO 3

Cartas descriptivas del Taller “¡Yo Terapeuta! Iniciando conversaciones que nos construyen”

Sesión 1: Encuadre

OBJETIVO ESPECÍFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Hacer el encuadre del Seminario.	Expositiva Conversacional	30 min.	Diapositivas Proyector
	Lluvia de ideas.	20 min.	Pizarrón Cartulina blanca Plumones Cinta adhesiva
Presentación de los integrantes del grupo. Desarrollo del pensamiento creador.	Reto a la imaginación: el objeto personal	60 min.	Una caja mediana
Cerrar la sesión	La bitácora	10 min.	Libreta, bolígrafo, cámara fotográfica, registro de audio, video, etc.

Sesión 2. En un mundo global ¿qué me hace única(o)?

OBJETIVO ESPECÍFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Propiciar conocimiento de sí mismo, estrechar relaciones interpersonales y estimular la imaginación creadora a partir de la expresión plástica.	Relación	115 min.	Hojas de papel, lápices de colores, plumones, acuarelas, cartulinas, plastilina, papel periódico, estambre, pegamento o cualquier material que sirva para expresarse de forma plástica. Dos cajas que servirán como buzón.
Cerrar la sesión	Ronda	5 min.	

Sesión 3. En un mundo global ¿qué me hace única(o)?

OBJETIVO ESPECÍFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Propiciar conocimiento de sí mismo y estimular la imaginación creadora a partir de la expresión plástica.	Relajación por medio de imaginación	10 min	Bolsas de dormir, mantas, tapetes para yoga. Hoja con las instrucciones de relajación impresas (para el Coordinador).
	Les presento a...	60 min.	Hojas de papel, lápices de colores, plumones, acuarelas, cartulinas, plastilina, papel periódico, estambre, pegamento o cualquier material que sirva para expresarse de forma plástica.
	Reflexión	50 min.	

Sesión 4. Había una vez un(a) terapeuta...

OBJETIVO ESPECIFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Identificar narrativas dominantes sobre la construcción de la identidad como terapeutas familiares.	Escritura	50 min.	Hojas, lápices, bolígrafos, colores, revistas, pegamento, tijeras.
	Reflexiva	60 min.	Hojas con preguntas impresas.
Cerrar la sesión	Ronda	10 min.	

Sesión 5. Había una vez un terapeuta...

OBJETIVO ESPECIFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Identificar narrativas dominantes sobre la construcción de la identidad como terapeutas familiares.	Escritura	50 min.	Hojas, lápices, bolígrafos, colores, revistas, pegamento, tijeras.
	Reflexiva	60 min.	Hojas con preguntas impresas.
Cerrar la sesión	Ronda Petición de material fotográfico	10 min.	

Sesión 6. Una fotografía extraordinaria

OBJETIVO ESPECIFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Identificar eventos extraordinarios que contradigan la narrativa dominante, sobre los aspectos limitantes para el desarrollo de habilidades de los y las terapeutas en formación.	Fotografía Collage	50 min.	Cámara fotográfica, fotografías, revistas, periódicos, cartón, tijeras, pegamento.
	Reflexiva	60 min.	Hojas con preguntas impresas.
Cerrar la sesión	Ronda	10 min.	

Sesión 7. La noticia

OBJETIVO ESPECIFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Identificar eventos extraordinarios que contradigan la narrativa dominante, sobre los aspectos limitantes para el desarrollo de habilidades de los y las terapeutas en formación.	Escritura	60 min.	Cartulinas blancas, plumones, hojas, lápices, colores, cinta adhesiva.
	Reflexiva	50 min.	Hojas con preguntas impresas.
Cerrar la sesión	Ronda	10 min.	

Sesión 8. Nuestros juicios preferidos

OBJETIVO ESPECIFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Definir los efectos que tienen los juicios en la práctica clínica de los terapeutas en formación.	Juego	20 min.	Cinta adhesiva, carteles, plumones.
	Discusión	90 min.	Copias con la lectura recomendada. (Anexo)
Cerrar la sesión	Ronda	10 min.	

Sesión 9, 10, 11 y 12. Conversaciones

OBJETIVO ESPECIFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Discutir, a través de la proyección de películas, sobre temas de actualidad, que se presentan en los casos clínicos, durante la formación en la Residencia de Terapia Familiar.	Cine debate: Sesión 9: Homosexualidad (Ma Vie en Rose, 95 min.) Sesión 10: Adicciones (Requiem for a Dream, 102 min.) Sesión 11: Violencia (Irréversible, 97 min.) Sesión 12: Tema y película propuestos por el grupo.	120 min.	Monitor, DVD o Lap top y proyector. Película Hojas, lápices. Sillas cómodas, espacio cerrado y con la posibilidad de reducir la iluminación.

Sesión 13. Cierre

OBJETIVO ESPECÍFICO	Técnica	Tiempo	Recursos
Realizar el cierre del proceso grupal que se construyo en el Seminario.	Ritual	45 min.	Una caja grande, cinta adhesiva, cartulina, colores, un moño para regalo, una libreta, lápices.
Evaluar el Seminario.	Cuestionario	15 min.	Copias, lápices
CONVIVENCIA			

ANEXO 4



Instituto Latinoamericano
de Estudios de la Familia, A.C.

Otorga la presente

Constancia

a **Alma Vanessa Guzmán Díaz**

Por su asistencia al seminario

**Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y
dinámica familiar.**

Impartido por Dr. Carlos Sluzki

Equivalente a 12 horas de entrenamiento

El presente se otorga en México, D.F. a los 28 días del mes de octubre del año 2007


Mtra. Maricela Galardo Ortiz,
Presidenta


Dr. Carlos Sluzki,
Ponente



Asociación Mexicana
de Terapia Familiar, A.C.

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

Vanesa Guzmán Díaz

Por su participación como PONENTE con el trabajo titulado

**"Una aproximación a la construcción de los significados
de la muerte en familias mexicanas"**

en el

XI Congreso Nacional de Terapia Familiar

"SER, ESTAR Y TRASCENDER EN LA TERAPIA FAMILIAR"

realizado del 14 al 17 de noviembre de 2006 en la Ciudad de
Querétaro, Querétaro, México

Dra. Monserrat Castañón Canot
Presidenta

Dra. María Emma Espejel Aco
Coordinadora de la Comisión
Científica